

# MODELOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

## *THEORETICAL AND CLINICAL MODELS FOR THE CONCEPTUALIZATION AND TREATMENT OF DEPRESSION*

Guido Pablo Korman\* y Mercedes Sarudiansky\*\*

### Resumen

En el presente trabajo, los autores realizan un recorrido conceptual respecto de la depresión, enfatizando en las características actuales de los estados depresivos como trastornos mentales, según distintas corrientes teóricas. Posteriormente, señalan las investigaciones realizadas en los últimos años respecto de los tratamientos científicamente validados que se encuentran disponibles en la actualidad. En este punto, destacan cómo, a medida que la depresión fue conceptualizándose como una enfermedad crónica y recurrente, las teorías causales y los tratamientos propuestos fueron enfocándose más respecto de los factores específicos que promueven que la psicoterapia no sea solo una práctica efectiva, sino también más eficiente para el tratamiento de los trastornos afectivos.

**Palabras clave:** depresión, tratamientos, investigaciones.

### Summary

In the present study, the authors accomplish a conceptual screening regarding depression, emphasizing on the effective features of depressive states as mental problems, according to different theoretical frames. After that, they mention research carried out in the last years regarding scientifically validated treatments that are actually available. Concerning this issue, they draw attention to the fact that as depression began to be conceived as

---

\* Licenciado y Profesor en Psicología por la UBA. Doctor en Psicología UCES. Miembro de la Carrera del Investigador Científico y Tecnológico (Investigador Asistente) del CONICET. Director del PICTO 2007-00047, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica. Docente de grado y posgrado en la UBA, UCES, Universidad Favaloro. Dirección: Guardia Vieja 4357 P.B. "5" (C1192AAU), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: gkorman@psi.uba.ar

\*\* Licenciada en Psicología por la UBA. Becaria doctoral del CONICET, con lugar de trabajo en el Centro Argentino de Etnología Americana. Doctoranda en Psicología por la Universidad Nacional de San Luis. Es docente de la cátedra "Antropología", en la Carrera de Psicología de la Universidad Favaloro. Participa en los proyectos de investigación (ANPCyT) PICT 596 y PICTO 2007-00047. Dirección: Aráoz 2725, Piso 7° (C1425DGQ), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: msarudi@gmail.com

a chronic and recurrent illness, the causal theories and treatments proposed focused mainly on the specific factors that lead to psychotherapy being not only an effective practice but also more efficient in the treatment of affective disturbance.

**Key words:** depression, treatments, research.

### Introducción

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y más graves a nivel mundial en cuanto enfermedad invalidante en personas adultas (Murray & Lopez, 1996). Sin embargo, el término depresión es relativamente reciente. En la lengua inglesa este concepto aparece durante el siglo XVII (Jackson, 1986). En la actualidad, este término ha sustituido al de melancolía en el lenguaje biomédico. Uno de los problemas en la historia de la depresión y la melancolía es que han sido utilizados para expresar cosas muy distintas entre sí: una enfermedad, una condición de tristeza ocasional, el temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario, un padecimiento crónico, etc. En el lenguaje común, estar depresivo o melancólico no es necesariamente estar enfermo.

A partir de lo expuesto, nos preguntamos ¿cómo fue el camino a través del cual se constituyó el conocimiento de este padecimiento, llevando al consenso de la biomedicina acerca de lo que actualmente se considera depresión? La historia de la ciencia procede mediante reorganizaciones, rupturas y mutaciones, pasa por distintos puntos; conoce aceleraciones bruscas y retrocesos repentinos. Por otra parte, la ciencia tiene cierta autonomía pero nunca es ajena a los valores ideológicos de su medio social.

Una de las primeras propuestas para entender la melancolía estuvo dada por Hipócrates. La melancolía ha estado generalmente asociada con la bilis negra, esencial para explicar su patogénesis (Conti, 2007). A lo largo de la Edad Media, san Agustín (siglo V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “*estar deprimido en profunda tristeza y melancolía*”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “*depresión mental*” con “*espíritu bajo*”, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986).

Ya más cercano en el tiempo, Emil Kraepelin utiliza el término “locura depresiva” en una de sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para signar la enfermedad, y deja la palabra “depresión” para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que le pertenece (Conti, 2007). Por su parte, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. Así, en esta puja semántica

se llegó a la redundancia de nominar depresión con melancolía cuando los síntomas eran suficientemente graves como para nominarlos simplemente como depresión.

En la década del 40 la depresión no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales; actualmente es considerado el trastorno mental más extendido en el mundo (Ehrenberg, 2000).

El objetivo del presente trabajo será realizar un recorrido sobre las distintas teorías y formas de conceptualizar la depresión enfatizando en los tratamientos disponibles de la actualidad con apoyo empírico. A su vez, teniendo en cuenta que la depresión es conceptualizada como una enfermedad crónica y recurrente, veremos cómo las investigaciones van avanzando en función de identificar los aspectos específicos que hacen que las terapias puedan llegar a ser efectivas en el tratamiento de esta dolencia.

### **Clasificación de la depresión como trastorno**

El concepto de enfermedad está creado por el hombre (Spitzer y Wilson, 1982). No hay una única forma de pensar la enfermedad, por lo tanto, una clasificación de estas es desde ya una creación humana. Las clasificaciones tienen como objetivo general ser instrumentos para comunicar información. Por ejemplo, cuando un médico da un diagnóstico está emitiendo una comunicación. Es por ello que los sistemas diagnósticos operativos -como el DSM-IV (APA, 1995) y la CIE-10 (OMS, 1992)- son clasificaciones, modos de pensar u organizar la enfermedad. Cada una de estas categorizaciones responde a una lógica de pensar la enfermedad. En los hospitales públicos de Argentina es menester realizar el diagnóstico en términos de la CIE 10, aunque son más bien pocos profesionales los que utilizan el sistema desarrollado por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Los psiquiatras suelen diagnosticar en su mayor parte mediante las categorías utilizadas por el DSM-IV, y los psicólogos de diversas orientaciones no suelen utilizar estos sistemas de diagnóstico operativos, sino que más bien diagnostican a partir de las categorías que dicha orientación tiene como base (Korman, Garay & Etchevers, 2007).

Nos centraremos principalmente en la depresión según la clasifica el DSM-IV, debido a que es el más utilizado dentro de los profesionales que utilizan un sistema diagnóstico operativo dentro de Argentina. Para definir la enfermedad, el DSM-IV recurre a la categoría de trastorno mental, un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional. El término “trastorno mental” implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos” (APA, 1995: XXI).

De acuerdo con el manual, la definición de trastorno mental trata de un “síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, de sufrir dolor o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular. Cualquiera sea la causa, debe entenderse el trastorno como la manifestación individual de una disfunción de comportamiento, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo: político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que la desviación o el conflicto fueren síntomas de una disfunción” (APA, 1995: XXI).

El DSM-IV establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. No todas las personas que padecen depresión experimentan todos los síntomas, algunos solo padecen unos pocos. La gravedad y duración de estos varía mucho de una persona a otra. Algunos de estos síntomas son: estado de ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo; pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o parejas (dificultad para sentir cariño por los seres queridos); pérdida o aumento importantes de apetito y peso; insomnio; incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás; disminución de energía, fatiga; sentimientos de culpa o inutilidad; dificultad para concentrarse; pensamientos de muerte o ideas suicidas.

Esta forma de clasificar a la depresión implica considerar que no toda tristeza o variación del ánimo es anormal, sino que experimentar tristeza, ganas de llorar, desgano o perder momentáneamente el interés en las actividades que siempre hemos disfrutado constituyen modalidades propias de lo cotidiano. Sin embargo, estas mismas sensaciones pueden ser también parte de una enfermedad llamada depresión. Cuando ello sucede, ya no se trata de la tristeza o del “bajón” que es parte de la vida, sino de un conjunto de síntomas que conforman una verdadera enfermedad que interfiere con la vida cotidiana, causando dolor no solo a quien la padece sino también a su familia y amigos sus vínculos sociales.

Como sucede con otras enfermedades, existen varios tipos de depresión: La depresión mayor (o trastorno depresivo mayor) consiste en la aparición de un conjunto de síntomas que cambian la actitud de la persona hacia su entorno, interrumpiendo o alterando sus actividades laborales y sociales (DSM-IV, 1995). Por su parte, la distimia es una forma crónica de la depresión en la cual las personas son muy pesimistas y negativas, pero continúan con sus actividades sociales y laborales como si se hubieran acostumbrado a su padecimiento. Sin tratamiento, estas personas tienden a empeorar con el tiempo y son más propensas a padecer depresión mayor que el resto de la gente. En otras ocasiones, la depresión forma parte de otra enfermedad del estado de ánimo llamada trastorno bipolar, también conocida como enfermedad maniaco-depresiva.

En estos casos, la persona experimenta períodos de depresión y períodos de bienestar excesivo en los cuales se siente con mucha energía, sin necesidad de dormir, y visiblemente acelerada en su forma de hablar y actuar (APA, 1995).

#### *Conceptualizaciones psicoanalíticas de la depresión*

El psicoanálisis ha dado lugar a diversas conceptualizaciones de lo que es la depresión. Este marco teórico representa a la mayoría de los profesionales del campo de la salud mental en la Argentina, quienes suelen llevar a cabo tratamientos enfatizando los aspectos etiológicos de la enfermedad. Si bien no todos los autores desarrollaron marcos teóricos propios, sus aportes contribuyen al psicoanálisis desde la perspectiva clínica y también a los diversos tipos de psicoterapias de orientación psicoanalítica. Se destacan los aportes de Aberastury, Bleger, Bleichmar, Liberman, Maldavsky, Racker y Rascovsky, solo por mencionar a algunos. En la actualidad, la Argentina es reconocida mundialmente por este tipo de desarrollos (Plotkin, 2003).

Los modelos dinámicos se encuentran fundamentalmente constituidos por hipótesis causales, mientras que los modelos cognitivos conductuales -en particular el modelo de Beck- se los podría considerar como un modelo de contingencias (Avila, 1990).

Para llevar a cabo nuestro desarrollo, realizaremos una breve reseña sobre los textos freudianos que puedan dar lugar a una lectura de lo que es la depresión desde esta óptica. Luego expondremos brevemente los desarrollos de dos autores contemporáneos de orientación psicoanalítica que han llevado a cabo modelos explicativos basados en la metapsicología freudiana para dilucidar el problema de la depresión.

#### *Conceptualizaciones freudianas en torno de los fenómenos depresivos*

El término “depresión” no es precisamente propio de la teoría psicoanalítica, sino que proviene del campo psiquiátrico. A pesar de ello, el psicoanálisis ha desarrollado diversos modelos explicativos en relación a lo que hoy conocemos como fenómenos depresivos. Freud y Abraham son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serían denominados “depresivos”. Una de las primeras hipótesis explicativas sobre la melancolía la efectúa Freud situando la psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo (Muñoz, 2009).

La primera construcción sistemática para describir el modelo de depresión fue llevada a cabo por Abraham, quien realizó un esfuerzo por incluir los trastornos depresivos y afectivos dentro de las categorías psicoanalíticas, utilizando los mecanismos de represión y proyección. Dicho autor plantea semejanzas entre individuos deprimidos y obsesivos, sosteniendo en ambos casos que se da una profunda ambivalencia hacia los demás.

En la obra de Freud encontramos una serie de referencias a lo que en la actualidad podríamos denominar depresión.

Desde sus primeros manuscritos, Freud otorga un importante lugar a los estados anímicos o afectos *depressivos*: pueden ser causa de diferentes enfermedades, tanto del sistema nervioso como de otros órganos llegando aun a abreviar la vida de un paciente “notablemente” (Freud, 1890). La entidad clínica que Freud llama melancolía incluye, como lo señala Strachey, a la depresión. En un primer momento, Freud atribuye tal estado a la acumulación de una “tensión sexual psíquica” por oposición a la acumulación de una “tensión sexual física” propia de la neurosis de angustia. Piensa, en este mismo sentido, que la “desazón periódica” es una forma de las neurosis de angustia. Puede también diferenciar mecanismos de acuerdo con tres enfermedades: neurosis obsesiva (desplazamiento del afecto), histeria de conversión (mudanza del afecto), neurosis de angustia y melancolía (permutación del afecto). Esto no impide que, durante el desplazamiento del afecto, pueda tener lugar una permutación del afecto, pero interesa señalar que el solo desplazamiento no produce una permutación. De hecho, en el Manuscrito G sostiene que los sujetos débiles son fácilmente tomados por la melancolía, a diferencia de los fuertes, cuya vulnerabilidad se acerca más a las neurosis de angustia.

El Manuscrito K ubica a la melancolía, que se “interpola” “episódicamente”, como un efecto del “avasallamiento” que sufre el yo por parte de la representación obsesiva durante la fase de la enfermedad denominada “retorno de lo reprimido”. Asimismo, asevera que “las melancolías se anudan a la neurosis obsesiva” (Freud, 1950). Incluso llega a afirmar, junto a Breuer, que en el neurótico, “rara vez se echa de menos un sesgo de depresión”. Otras veces, liga la depresión o la melancolía a la histeria (Freud, 1900, 1901).

Freud describió en la neurastenia síntomas que son similares a los que actualmente llamaríamos depresión: “fatiga, sensación de cansancio, debilidad sexual, etc.” (Freud, 1896: 149). Si bien los síntomas son similares a nivel descriptivo, desde un punto de vista etiológico Freud sostiene que la neurastenia, “no reconoce otra etiología que el onanismo (inmoderado) o las poluciones espontáneas” (Freud, 1896: 149). Como bien dijimos antes, por esa época Freud sostiene que la depresión resulta de una permutación del afecto. En breve, veremos cómo esto se relaciona con la concepción que Freud tiene de la melancolía.

Freud desarrolla las particularidades del fenómeno depresivo en *Duelo y Melancolía* (1915). El estado de melancolía se singulariza por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se manifiesta como autorreproches y autodenigraciones. El rasgo particular que lo distingue del

duelo sería que en este último no se observa la perturbación del sentimiento de sí. De acuerdo con Freud, el melancólico muestra algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al Yo mismo.

Una vez que Freud introduce su nueva teoría pulsional en 1920, con *Más allá del principio de placer*, y da cuenta de pulsiones que puján por su retorno a lo inanimado, es que se puede comprender el deseo de no vivir del depresivo así también como el triunfo del Eros en el estado maniaco. Odio y amor enfrentados por el objeto, el odio pugna por liberar la libido del objeto y el amor por salvar al objeto. A partir de 1920, el concepto de “pulsión de muerte” permite a Freud articular de otro modo el lugar de la “instancia crítica” en estas afecciones de gran “padecimiento subjetivo” (Freud, 1920). Puede ubicarse ese padecimiento más en la “tensión” entre el Yo y el Ideal del Yo (Freud, 1920) que en el empobrecimiento yoico resultado de los avatares de la dialéctica narcisista.

#### *Desarrollos postfreudianos dentro del contexto local*

Dentro de los despliegues teóricos de psicoanalistas argentinos, podemos encontrar las conceptualizaciones sobre la depresión establecidas por Hugo Bleichmar. Este autor sostiene que su manifestación depende tanto del elevado ideal narcisista, de la imagen de sí desvalorizada o de la agresividad de la conciencia crítica. Asimismo, señala que estos factores causales no se adquieren en una época determinada del desarrollo, sino que se estructuran a lo largo de la vida del sujeto. Los acontecimientos en sí no serían los determinantes, sino que la importancia radica en la resignificación *après coup*.

Para este autor los componentes que pueden ser considerados como característicos del estado depresivo son: a) Fijación a cierto deseo que ocupa un lugar central en el mundo interno del sujeto y que es sentido como no realizable, b) Una representación de sí mismo como impotente/indefenso para satisfacer ese deseo, c) Los componentes afectivos y motivacionales que acompañan a las dos condiciones mencionadas (el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz) (Bleichmar, 2003).

Este autor establece una clasificación posible para los cuadros depresivos, tomando como ejes la posición del Yo frente a la pérdida del objeto, el Yo ideal y la conciencia crítica:

- Duelo normal, o depresión por pérdida simple del objeto
- Depresión narcisista, en la cual predomina un elevado ideal narcisista o bien un Yo subestimado, el cual se identifica con el Ideal negativo, a lo cual se agrega la agresividad de la conciencia crítica.
- Depresión culpógena, donde el Yo se encuentra identificado como malo-agresivo y el objeto como dañado, y donde también entraría en juego la agresividad de la conciencia crítica.

Por su parte, David Maldavsky presenta un enfoque etiológico para explicar la constitución y la transformación de las estructuras depresivas y melancólicas. Recurre a la conceptualización freudiana para de esta manera inteligir los procesos psíquicos que dan lugar a estas estructuras, para lo cual es necesario tomar en cuenta los complejos nucleares (Edipo, Castración), las defensas ante ellos y, fundamentalmente, las formaciones sustitutivas (Maldavsky, 1988). En relación a estas últimas, este autor sostiene que, dado su carácter mixto (de forma y de contenido), permiten dar cuenta de la eficacia de ciertas defensas y del tipo de fijaciones primordiales que suponen los complejos nucleares anteriormente nombrados (Maldavsky, 1988). En efecto, para este autor las manifestaciones clínicas que dan cuenta de las estructuras depresivas y melancólicas derivan de estas formaciones sustitutivas, enfatizando la importancia de explicar teóricamente los fenómenos que se perciben en la clínica.

Los desarrollos que presenta este autor oscilan principalmente en este doble aspecto de las formaciones sustitutivas que acabamos de plantear. Describe, en un principio, el aspecto formal de ellas, teniendo en cuenta que el núcleo fundamental de las estructuras melancólicas y depresivas es la exigencia *“como contradicción semántica, en que el signifiante amor es usado para aludir al significado egoísmo, y viceversa”* (Maldavsky, 1988). Esto es, como la gran mayoría de los desarrollos freudianos y postfreudianos, intenta explicar el sentido y la diversidad de las manifestaciones clínicas de la patología en cuestión (reproches, exigencia, estados afectivos displacenteros, etc.) a partir de una explicación etiológica estructural.

En cuanto al aspecto de contenido, toma en cuenta dos secuencias: una primordial, autoacusatoria, y otra secundaria, derivada del esfuerzo por restablecerse de la autoacusación, remitiéndose, para poder plantear esta hipótesis, a los momentos del proceso psicótico postulado por Freud (retiro de libido y posterior intento de restitución, cuya consecuencia son los llamados “fenómenos restitutivos”). Maldavsky asimila este proceso al desarrollo de la melancolía, tomando como hipótesis etiológica la secuencia: retracción narcisista-restitución, haciendo intervenir un tercer elemento en la secuencia, la identificación, entre ambos factores. De hecho, sostiene que para pasar al tercer momento, la restitución, es necesario que el mecanismo identificatorio (que recrea al superyó, sádico) entre en juego, lo cual explicaría el componente masoquista (inconsciente) en la manifestación de esta patología. Esto es, este autor da cuenta de los puntos en común y las diferenciaciones a nivel estructural de esta entidad respecto de otros procesos patológicos conceptualizados por el psicoanálisis. Un ejemplo de ello lo encontramos en relación a la paranoia y la homosexualidad, donde sostiene que la desmentida de la castración materna sería el factor constante respecto de estas estructuras, mientras que la postura frente al desarrollo del Complejo de Edipo invertido daría cuenta de las diferencias entre melancolía y paranoia, respecto de la homosexualidad. En relación con ello, este autor sostiene que en la melancolía *“una sobreinvertidura de ciertas frases hipercríticas ante las cuales el yo se brinda como*

*objeto y que son una manifestación de la resexualización del superyó, es decir, la resexualización del vínculo con ese objeto al cual se había transformado en identificación, en estructura, al sobrevenir la declinación del complejo de Edipo”* (Maldavsky, 1988). Es así como podemos ver la importancia que tendrían los complejos nucleares y la identificación en la dinámica de estas patologías de tipo melancólicas.

#### *Enfoques terapéuticos con apoyo empírico para el tratamiento de la depresión*

En la actualidad se encuentran disponibles diferentes formas de tratamiento para la depresión: con medicamentos, con psicoterapia o ambos. Los principales medicamentos para el tratamiento de la depresión se conocen como *antidepresivos*, de los que existen varios tipos. Las formas de psicoterapia que han demostrado ser útiles (a través de un enfoque sistemático y que han desarrollado manuales de tratamiento) en el tratamiento de la depresión son la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal (A.T. Beck, 2005; A.T. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Keegan, 2007; E. Schramm, 1998), entre muchos otros). La elección de la forma de tratamiento depende sobre todo del tipo de depresión, de la gravedad, de los diferentes síntomas y del deseo del paciente (Fabrisin & Garay, 2003).

En este apartado describiremos los principales tratamientos farmacológicos y haremos un especial hincapié en los tratamientos psicológicos para la depresión con apoyo empírico.

#### **a) Tratamientos psicofarmacológicos**

En los últimos años se han generado importantes avances en el desarrollo de los antidepresivos, lo que ha generado distintas opciones en su utilización (Jufe, 2001). Se dispone en la actualidad de distintas clases de antidepresivos, aunque se considera que no existe un único esquema clasificatorio para este tipo de fármacos (Gitlin, 2009). Todos los antidepresivos que se disponen actualmente alteran la función de la serotonina o de la noradrenalina a nivel del sistema nervioso central; sin embargo, los mecanismos de acción a través de los cuales los antidepresivos precipitan los cambios en el estado de ánimo siguen siendo un enigma. Entre los antidepresivos disponibles actualmente encontramos: Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) -por ejemplo, el citalopram, escitalopram, fluexetina, paroxetina, entre otros-, los antidepresivos “nóveles” -como es el caso del Bupropión y la Mirtazapina-, los antidepresivos de acción dual -Venlafaxina y Duoxetine-, los antidepresivos tricíclicos y los tetracíclicos -Clomipramina, Imipramina entre los más conocidos-, los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) -por ejemplo, Selegina y Tranilcipromina- y un grupo de varias sustancias denominados “atípicos” -Trazodona, Viloxazina y Mianserina, entre otros- (Gitlin, 2009). Hasta la fecha no se dispone de informaciones fiables acerca de si un determinado antidepresivo es mejor que otro, resultando su elección según su perfil de efectos secundarios y de las interacciones con otros medicamentos. Esto es, en la mayoría de los casos, lo que lleva a elegir un antidepresivo

sobre otro se basa principalmente en los efectos secundarios deseados y no deseados y su adecuación al paciente (Gitlin, 2009).

Los antidepresivos demostraron ser eficaces alrededor del 70% (antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa); los nuevos antidepresivos (ISRS, duales y otros) no probaron ser más eficaces que aquellos, ni particularmente más útiles respecto de la remisión del malestar en el paciente. A pesar de ello, podemos decir que cada nuevo antidepresivo agrega más herramientas disponibles para el tratamiento la depresión (Jufe, 2001), lo que amplía la variedad de opciones, permitiendo adecuar el antidepresivo según la tolerancia del paciente.

En los últimos 15 años, desde la aparición de la fluvoxamina en Europa y de la fluoxetina en EE.UU., el tratamiento de la depresión ha sufrido un evidente cambio. (Heerlein, 2002). Hasta mitad de la década de 1980, los agentes tricíclicos eran las estrategias de primera línea utilizadas en el manejo a corto y largo plazo de los síndromes depresivos. La aparición de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) generó un cambio en la prescripción de los psiquiatras, imponiéndose en frecuencia y magnitud de utilización ante los antiguos antidepresivos (Jufe, 2001). El menor perfil de efectos colaterales, la baja toxicidad y una eficacia comparable a sus predecesores, han hecho que este grupo de fármacos antidepresivos haya sido favorecido por la mayoría de los psiquiatras clínicos del orbe. Actualmente se estima que por lo menos el 35% de los tratamientos de la fase aguda se inicia con ISRS (Heerlein, 2002).

#### *Farmacoterapia y depresión: mantenimiento y cronicidad*

La depresión es una enfermedad recurrente y, debido a ello, en la farmacoterapia también es pensada como una enfermedad potencialmente crónica. Numerosos estudios recientes han demostrado la conveniencia indiscutible de mantener, luego de la remisión completa de los síntomas, un nivel antidepresivo continuo por un período mínimo de 12 meses para aminorar el riesgo de recaídas (Jufe, 2001). El trabajo de la investigadora Ellen Frank (1990) demostró una tasa de recaídas del 50% en un grupo mantenido con placebo, mientras que el grupo con tratamiento antidepresivo de mantención exhibió una tasa de recaída de solo el 23%. En general se recomienda mantener el antidepresivo utilizado durante la fase aguda, a no ser que se sospeche de un trastorno bipolar; en estos casos se sugiere utilizar algún estabilizador del ánimo, tales como el litio o el divalproato de sodio. En relación al tiempo de mantención de una profilaxis medicamentosa, algunos autores sugieren insistir en ella cuando se han comprobado por lo menos 3 episodios depresivos ciertos. En todos estos casos se recomienda mantener las mismas dosis utilizadas durante la fase aguda (Fabrissin & Garay, 2003).

El planteo de prolongar los plazos farmacológicos ha recibido críticas (Antonuccio, Danton & DeNelsky, 1995). A fines de los años 80, un estudio realizado por Elkin llegó a los siguientes resultados: se determinó un tiempo libre de recurrencia de dos

años y medio para los pacientes tratados con farmacoterapia; un año y medio para los pacientes tratados con psicoterapia y diez meses para aquellos que no recibieron tratamiento (Elkin, et al., 1989). A pesar de estos resultados favorables para los antidepresivos, otros estudios revelan resultados diferentes, demostrando que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que la farmacoterapia en la protección contra las recaídas (Antonuccio, et al., 1995; Blatt, Zuroff, Bondi & Sanislov III, 2000; Fabrissin & Garay, 2003). De hecho, siguiendo lo propuesto por Fabrissin y Garay (2003), existe un trabajo que sugiere que la farmacoterapia no solo previene menos las recaídas, sino que también interfiere con la eficacia a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual (Antonuccio, et al., 1995). Estas discusiones se encuentran en torno a una polémica aún no resuelta, que tiene ribetes bastante más marcados según quiénes polemiquen. Por ejemplo, los críticos de la farmacología formulan que a partir de la invención de los antidepresivos y de los ansiolíticos, la escena médica y social de la depresión se amplía considerablemente. La posibilidad de mejorar el ánimo con moléculas permitió a la industria farmacéutica entrar en escena. Anteriormente no había otra cosa que barbitúricos y ello hacía que las posibilidades de la medicación para los problemas del estado del ánimo fuesen poco efectivas. Al mismo tiempo, las estrategias de la industria farmacológica han tenido mucho que ver en la constitución de los mercados de la depresión en los Estados Unidos y en Gran Bretaña, así como las relaciones entre estos y la investigación -que, por cierto, han generado grandes polémicas- (Healy, 1999). Ejemplo de ello son los distintos trabajos del psiquiatra y psicofarmacólogo David Healy, profesor en la Universidad de Gales (Healy, 1997, 2007) donde pone de manifiesto su preocupación por las interacciones entre el mundo académico y la industria farmacéutica. Vale la pena mencionar que el mismo autor postula que la depresión era diagnosticada con poca frecuencia antes de la llegada de los antidepresivos, y que en la actualidad parece haberse convertido en un importante problema de salud pública, pese a que los resultados del efecto de los antidepresivos parece ser modesto (Healy, 1999). Compartiendo esta perspectiva, David Burns nos dice que existen poderosos motivos para dudar de que la depresión y la ansiedad sean consecuencia de un desequilibrio químico en el cerebro (2006). Dicho autor atribuye muy pocas diferencias entre el efecto placebo y el antidepresivo. En la actualidad hay importantes polémicas respecto de la participación de la industria farmacéutica en los estudios de eficacia en trastornos mentales (Sarudiansky, 2010).

### **b) Tratamientos psicoterapéuticos específicos**

La importancia de los tratamientos con apoyo empírico no es una problemática exclusiva de los tratamientos médicos. En el contexto mundial, la psicología se desarrolló principalmente en el ámbito académico, generando así un modelo de profesional fundamentalmente científico y desligado de la práctica clínica. Luego de la Segunda Guerra Mundial, se hizo visible la necesidad de atender a personas con problemas psicológicos, por lo que se puso en jaque el modelo del psicólogo investigador, dando lugar al modelo profesional clínico.

En el año 1949 se lleva a cabo una conferencia en Boulder con el objetivo de integrar estos dos modelos (clínico y académico). Posteriormente a este hecho, en 1952, Hans Eysenk plantea su desafío a la psicoterapia (Eysenk, 1952). En este famoso artículo, Eysenk critica a la psicoterapia por su ineficacia, sosteniendo no solo que el tratamiento de los trastornos mentales es ineficaz, sino también acusándola de ser incluso menos efectiva que la ausencia de tratamiento. Desde ese entonces, y hasta el día de hoy, la investigación en el campo de la psicoterapia no ha detenido su desarrollo, al menos en los países centrales.

La investigación presenta dos objetivos principales en lo que hace a la evaluación de tratamientos psicológicos para los trastornos mentales. En primer lugar, la evaluación de los resultados obtenidos por las diferentes técnicas, y en segundo lugar, la estabilidad en el tiempo de los logros obtenidos (Fernández Álvarez, 1992).

En lo que respecta a los tratamientos con apoyo empírico para la depresión, rondando la década del 80 ya habían aparecido algunos tratamientos con algún grado de soporte empírico: tratamientos conductuales (Lewinsohn, 1975), cognitivos (A. T. Beck, et al., 1983) e interpersonales ((Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984). Cada uno de estos modelos traía las improntas teóricas y técnicas de cada paradigma.

Pasaremos a describir los tratamientos que en la actualidad presentan evidencia científica respecto de su utilidad en el tratamiento de la depresión. Cabe señalar que los métodos de la terapia cognitiva y la terapia conductual suelen aplicarse hoy en día en forma conjunta, motivo por el cual habremos de presentarlos conjuntamente, distinguiéndolos en lo que hace a sus primeros modelos de aplicación.

#### *Tratamientos durante la fase aguda Enfoques cognitivo-conductuales*

Los creadores de este modelo de intervención son Aaron Beck y a Albert Ellis. Sus principales argumentos para el cambio parten de las pautas internas de evaluación, procesamiento y argumentación que sustentan la conducta (Kriz, 2002). Vale la pena señalar que el manual de Beck para la depresión integra herramientas conductuales dentro del tratamiento, proponiendo la aplicación de técnicas conductuales como un medio que posibilita obtener nueva información para de esta manera dar lugar a la modificación cognitiva (Beck, 1983:112). En términos generales, estos abordajes se basan en la posibilidad de modificar los pensamientos y, en consecuencia, los sistemas de creencias asociados a ellos (Keegan, 2007), a través de diferentes técnicas, tanto cognitivas como conductuales. La sustitución de estos modos de pensar produciría una mejora en las personas perturbadas.

#### *Tratamientos conductuales*

Dentro de la Terapia de la Conducta se pueden reconocer distintos procedimientos terapéuticos, todos dentro de un mismo paradigma teórico. Entre ellos encontramos

los desarrollos de Peter M. Lewinsohn, la Terapia de Solución de Problemas (Nezu, 1987), y la Terapia Conductual de Pareja (Beach & O'Leary, 1992; Jacobson, Dobson, E., Schmalings & Salusky, 1999), entre otros.

El más famoso de ellos -de hecho, el primero-, fue realizado por Lewinsohn a fines de la década del 70 (Lewinsohn & Gotlib, 1995). Este tratamiento tiene tres modalidades de aplicación: 1) Programa de Actividades Agradables, 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales, y 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión.

Este tratamiento obtuvo buenos resultados en el campo de la investigación y a la hora de su aplicación clínica. Sin embargo, en lo que respecta a las bases teóricas de estos tratamientos, en muchas ocasiones era difícil explicar su eficacia, ya que funcionaban como una tecnología. La terapia cognitiva aportó valor explicativo a ciertas técnicas que funcionaban exitosamente, y eso podría dar a entender el éxito de las terapias cognitivas en el ámbito científico. De hecho, autores tales como David Burns consideran que la terapia cognitiva es el patrón de oro para el tratamiento de muchos de los trastornos en la actualidad. Por tal motivo, describiremos posteriormente el tratamiento que revolucionó la práctica clínica en la actualidad.

#### *La terapia cognitiva de Beck*

La teoría cognitiva plantea que cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado del ánimo y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta. La terapia cognitiva es un tratamiento que propone, mediante la modificación de la cognición, desarrollar estrategias para tratar los distintos trastornos mentales (A.T. Beck, 2005). En la actualidad tenemos al menos quince rigurosos meta-análisis que dan cuenta del apoyo empírico y en los que se han utilizado 9138 sujetos en 332 estudios (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006).

La teoría sugiere que el cambio puede producirse indistintamente en cualquiera de las áreas que se incide: sobre la emoción, el pensamiento o la conducta, hecho que es coincidente con los otros tratamientos que en aquella época funcionaban para la depresión -tratamiento conductual y farmacológico-.

Beck desarrolla sus hipótesis teóricas a partir de la observación del pensamiento de los sujetos deprimidos dando lugar a su hipótesis de la existencia de una "tríada cognitiva" en estos pacientes. El razonar negativamente distorsionando la "realidad" se expresa en tres áreas configurando la "tríada cognitiva" anteriormente mencionada: pensamiento negativo del sí mismo, del mundo y del futuro (A. T. Beck, et al., 1983; J. Beck, 2000). Beck plantea que la existencia de esta tríada cognitiva da lugar a los pensamientos automáticos que son cogniciones que pueden ser automonitoreadas y comunicadas por el paciente. Esto puede requerir entrenamiento, pero los autores que avalan este modelo afirman que la modificación en las cogniciones conducirá a cambios en el afecto y el

comportamiento. Beck denomina “distorsiones cognitivas” a estas numerosas formas características de elaboración de su experiencia de los pacientes deprimidos (también llamados “errores lógicos”, tales como la inferencia arbitraria, la sobregeneralización, entre muchos otros) y ha hecho notar que un análisis detenido de su contenido habitualmente revela errores típicos de lógica, que corrientemente persisten a pesar de evidencias que las contradicen (Sacco & Beck, 1995). El análisis de estos pensamientos automáticos se lleva a cabo utilizando el diálogo socrático (Keegan, 2007): mediante preguntas, el terapeuta ayuda al paciente a llegar a nuevas valoraciones y opiniones más “realistas”.

Beck y sus seguidores postulan que estas cogniciones distorsionadas son causadas por la base de un esquema disfuncional. Es por ello que la etapa final del tratamiento busca la modificación de las creencias básicas subyacentes que predisponen al paciente a un pensamiento depresógeno.

Los “supuestos implícitos” originan un sesgo en la interpretación del mundo. Estos suelen ser rígidos y extremos y se infieren a partir de los pensamientos automáticos. De allí la importancia del entrenamiento en el monitoreo y registro de estos pensamientos.

Como habíamos visto, una de las bases teóricas de este tipo de tratamiento es la distorsión de la realidad, sesgada negativamente, por parte de los pacientes deprimidos. El objetivo se centrará entonces en investigar juntamente con el paciente si existe o no evidencia a favor o en contra de estos presupuestos. Para estos fines, se suelen utilizar técnicas conductuales: Se planean experimentos conductuales para poner a prueba las cogniciones y testear los experimentos. Como complemento se planifican tareas, se registran los datos para examinar si las expectativas negativas son correctas con los hechos que ocurren y se trabaja en la asignación gradual de tareas.

#### *Enfoques psicodinámicos con apoyo empírico*

En las últimas décadas el tratamiento de los trastornos depresivos y de varias otras patologías psiquiátricas se ha visto favorecido con el advenimiento de una nueva forma de psicoterapia, la Psicoterapia Interpersonal (en inglés *Interpersonal Psychotherapy*; nosotros utilizaremos la sigla TIP para referirnos a ella). La TIP fue desarrollada por Gerald I. Klerman *et al* en la década de 1970 como una alternativa breve, concisa y complementaria para el tratamiento de la Depresión Mayor (E. Schramm, 1998). Tanto su eficacia, comprobada en numerosos estudios empíricos, como su adaptabilidad al modelo médico, han contribuido al notable desarrollo que la TIP ha experimentado en las dos últimas décadas (Klerman & Weissman, 1993). En este período, su aplicación clínica no solo se ha expandido a numerosas patologías psiquiátricas, sino que ha podido ser adaptada a tratamientos ultra breves, de largo plazo, a formatos de pareja y a intervenciones grupales.

El trasfondo teórico de donde surge la TIP es la escuela interpersonal americana. A finales de los años 1930, los psiquiatras estadounidenses comienzan a pensar que tanto la etiología como la terapéutica estaban determinadas primordialmente por lo psicosocial, especialmente lo interpersonal. El iniciador de esta visión fue Adolph Meyer (Shramm, 1998:82). Según su teoría, la enfermedad mental es un intento de adaptarse al ambiente. Este autor es uno de los primeros en enfatizar lo interpersonal. Estos desarrollos fueron ampliados por influencia de uno de los discípulos de Meyer, Harry Stack Sullivan, el máximo representante de la escuela interpersonal previa a la creación de la TIP, quien inaugura la escuela interpersonal americana junto con otros autores destacados, como Frieda Fromm-Reichmann, Mabel Blake Cohen, Karen Horney y Erich Fromm, como sus grandes exponentes (Shramm, 1998:82). Sullivan construye un modelo especial, pues defiende el paradigma interpersonal, quedándose siempre en el marco de la psiquiatría. Mientras la lista de autores antes señalada suele incluirse dentro del culturalismo americano, Sullivan nunca deja de ser un psiquiatra que se hace preguntas clínicas y que ve las respuestas principalmente en lo psicosocial. Por último, el inglés John Bowlby, conocido teórico del apego y el vínculo social (*social bonding*), demostró que pérdidas tempranas tienden a desencadenar posteriores depresiones. Al igual que los culturalistas americanos arriba citados, Bowlby también trata lo interpersonal según categorías freudianas, y de hecho este autor suele incluirse en la escuela psicodinámica (Shramm, 1998).

### *Terapia interpersonal*

Los estudios empíricos sobre los que descansa la TIP provienen de cinco líneas de investigación: la de los acontecimientos vitales, la del soporte social, la epidemiológica, la evolutiva infanto-juvenil, y la experimentación animal.

Los estudios sobre acontecimientos vitales o *life events* ponen el acento en la sobrecarga que representan hechos tales como los conflictos de pareja y las pérdidas (Schramm, 1998). Los estudios sobre apoyo social de Henderson (Henderson, et al., 1978) indican que el déficit en relaciones sociales es factor de riesgo para trastornos afectivos, en especial para la depresión. Fueron estos trabajos los que posibilitaron difundir la existencia de cinco factores de riesgo para la depresión; ellos son: la ausencia de una relación interpersonal significativa, la pérdida temprana de la madre, tener tres o más hijos de menos de 14 años, estar sin trabajo y pertenecer al estrato social inferior. Dentro de los estresores las disputas de pareja parecen ser la circunstancia más frecuente correlacionada con el desencadenamiento de la fase depresiva.

En los últimos 20 años la TIP ha sido sometida a importantes estudios de evaluación, en especial por Klerman, Weissman, Rounsaville, Chevron, Frank y Markowitz. La terapia breve original ha sufrido modificaciones en la medida que, a partir de la depresión, la TIP ha pasado a indicarse en otras patologías y ámbitos asistenciales.

La aparición de la TIP dio lugar a importantes discusiones dentro del campo de la psicoterapia, entre ellas el interrogante de cómo tratamientos con postulados teóricos tan distintos pueden resultar igualmente eficaces frente al mismo trastorno. A partir de ello se plantearon problemáticas tales como la distinción entre los factores comunes y específicos en psicoterapia, intentando a su vez encontrar el ingrediente activo de cada modelo de psicoterapia. Consideramos esto un avance, ya que, como ya dijimos anteriormente, permite que ante el fracaso de un tratamiento psicológico con evidencia científica, se encuentre la posibilidad de disponer de otro para que el paciente pueda beneficiarse.

### **Evidencia de los resultados de los tratamientos**

Roth y Fonagy (1995; 2004) concluyen que existen datos que demuestran que algunas intervenciones psicológicas tienen buena evidencia para el tratamiento de distintos desórdenes, incluyendo la depresión. En efecto, muchas revisiones dan cuenta de la existencia de tratamientos específicos para la depresión (terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal) y que su eficacia es similar al de los antidepresivos (DeRubeis (DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1999; Echeburúa & De Corral, 2001). A las mismas conclusiones arriba el trabajo de Chambless y Ollendick (2001), en relación a los tratamientos para la depresión que cuentan con apoyo empírico. Este artículo consiste en una amplia y meticulosa revisión de estudios desarrollados para evaluar el resultado de las intervenciones psicoterapéuticas en relación a la depresión. Como resultado del mismo, estos autores llegan a la conclusión de que solo cuentan con apoyo empírico la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia conductual.

No se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a la eficacia de los tratamientos diseñados específicamente para la depresión anteriormente nombrados (Wampold, Minami, Baskin & Callen Tierney, 2002). Todos obtuvieron resultados similares. Los datos en la actualidad permiten postular que las terapias específicas para la depresión tienden a obtener mejores resultados que las no específicas (Leichsenring, 2001).

Esto nos lleva a una interesante polémica como la planteada por Michel Lambert (1992) y Larry Beutler (1992) acerca de la eficacia de la psicoterapia. Estos autores, siguiendo los desarrollos de Luborsky, Singer y Luborsky (1975) afirman que en psicoterapias se da el fenómeno del pájaro Dodó en Alicia en el País de las Maravillas<sup>1</sup>. Según esta perspectiva, las distintas psicoterapias tendrían una eficacia similar, esto es, psicoterapias con distintos fundamentos técnicos obtienen resultados equivalentes.

---

<sup>1</sup> El “adagio del pájaro dodo” se refiere al personaje de la novela *Alicia en el país de las maravillas*, de Lewis Carroll, que luego de una carrera donde todos corren sin dirección dice que “todos ganaron y todos merecen su premio”.

A nuestro parecer, coincidimos con Keegan cuando plantea que esta afirmación solo sería correcta en el caso de la depresión, no siéndolo en otros trastornos mentales (Keegan, 2007: 183). Esta postura se encuentra avalada por diversas investigaciones, tales como la de Chambless y Ollendick (2001). En lo que hace a los profesionales de la salud mental, no es común que se adhiera a la creencia de que todas las terapias sean igualmente efectivas para todos los trastornos, sino que este sería un fundamento más para plantear la existencia de factores comunes en las distintas terapias.

Un interesante modelo para explicar el fenómeno de los buenos resultados por parte de psicoterapias con distinto sustento teórico y técnico, es el modelo propuesto por Toksor Karasu (Semerari, 2002). Dicho autor postula que las diversas técnicas y estrategias de cada una de las psicoterapias contendrían elementos comunes en todos los tipos de psicoterapia; esto es, cada modelo terapéutico utilizaría, en mayor o menor medida, los mismos principios terapéuticos. A estos los denomina “factores terapéuticos generales”, incluyendo entre ellos a la experiencia afectiva, el conocimiento cognitivo y la prescripción comportamental, los cuales se hallan presentes -en menor o mayor medida- en cada uno de los tratamientos psicoterapéuticos (Semerari, 2002: 124).

### **Recurrencia y cronicidad en depresión: nuevas investigaciones**

Pareciera que con todos estos modelos para el tratamiento para la depresión, el problema estaría casi acabado. Lamentablemente, en la actualidad todos sabemos que esto no es así. Las investigaciones que realizaron seguimientos a largo plazo de pacientes tratados con las distintas terapias validadas, concluyeron que una de las principales causas de la alta prevalencia de la depresión en el mundo es resultado de la reaparición de nuevos episodios de depresión en gente que ya ha experimentado un episodio (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Con la certeza de que la depresión es recurrente en la mayoría de los casos, se han desarrollado una serie de tratamientos para enfrentar esta enfermedad. Por ejemplo, desde el campo médico, muchos estudios de corte farmacológico postulaban la posibilidad de mantener la medicación durante toda la vida. Esto generaba un problema, ya que un porcentaje importante de pacientes deja de tomar la medicación al inicio del tratamiento, por lo que se esperaría que esta proporción aumente si se propone mantener la medicación de por vida (Basco & Rush, 1995).

Desde los modelos psicoterapéuticos, también se han generado desarrollos en torno a la recurrencia de esta enfermedad. De hecho, es a partir de ello que se han creado tratamientos de mantenimiento que han tenido sus variantes tanto en los tratamientos desarrollados por terapeutas interpersonales como por cognitivo-conductuales. Es por ello que consideramos tomar en cuenta esta problemática y resumir las distintas propuestas de estos dos modelos teóricos frente a este fenómeno.

### *Terapia Interpersonal-recurrencia e investigaciones*

Dentro de los pioneros en el área Interpersonal vale la pena citar a Ellen Frank como aquella que desarrolló el primer tratamiento de mantenimiento cuyo objetivo era el de evitar la recurrencia en la depresión (Frank, 1991; Frank, Anderson, Reynolds, Ritenour & Kupfer, 1994; Frank, et al., 1990). Dicha autora llevó a cabo un estudio sobre 128 pacientes con depresión recurrente (es decir, por lo menos con dos episodios agudos de depresión mayor) que habían respondido a 12 semanas de tratamiento de continuación con Imipramina y TIP. Estos investigadores diseñaron un modelo de 5 grupos para investigar qué estrategia funcionaba mejor para evitar la recurrencia: TIP sola; TIP y placebo; TIP e Imipramina; Imipramina y conversación con el médico; placebo y conversación con el médico. Durante las mencionadas 12 semanas hubo una sesión por semana; las ocho semanas siguientes cada 15 días, y luego una sesión cada mes hasta completar 20 semanas de remisión. Solo entonces fueron aleatorizados a uno de los cinco grupos antedichos. Este ensayo tuvo la característica de haber empleado las dosis más altas de medicación (un promedio de 200 mg/día de Imipramina) y la dosis más bajas de TIP (una sesión al mes).

Los grupos con mejores resultados, es decir, con mayores intervalos entre episodios (tiempo de supervivencia) fueron el de mantenimiento con Imipramina, el de TIP, y la combinación de ambos. Los grupos con solo TIP y con TIP y placebo fueron significativamente más eficaces que el grupo con placebo. Tras un año, la depresión mayor había recurrido en el 65% de los pacientes con placebo, el 46% con TIP sin Imipramina, 18% con solo Imipramina y solamente el 8% con la combinación de Imipramina y TIP. A los 3 años, la supervivencia media sin recurrencia depresiva fue de 45 semanas para placebo, 74 semanas para TIP y placebo, 82 semanas para solo TIP, 124 semanas para Imipramina solamente, y 131 semanas para Imipramina y TIP. Los pacientes en los que la TIP se mantuvo, demostraron mayor supervivencia, es decir, perduraba más el período sin recurrencia sintomática (Frank et al, 1990). El hallazgo más significativo de este diseño experimental es que el intervalo libre de recurrencia posterior a la medicación correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con el mantenimiento de la TIP.

### *Terapia Cognitivo-Conductual*

Una importante cantidad de investigaciones ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la depresión tiene efectos a largo plazo para la prevención de recaídas (Hollon et al., 2005), especialmente comparándola con la medicación. Aquellos que fueron tratados con terapia cognitiva demostraron, a largo plazo, tener menos recaídas que aquellos que fueron medicados. Sin embargo, a pesar de que estas diferencias eran significativas, un número importante de pacientes tratados con TCC recaían. Estos datos sugirieron la posibilidad de desarrollar una terapia de mantenimiento que podría servir para tratar el problema de la recurrencia en este trastorno. Por otra parte, el desarrollo de la Terapia Interpersonal para la depresión recurrente

(Frank et al., 1990) fue un antecedente importante para pensar que una terapia de mantenimiento de orientación cognitiva también podría tener efectos positivos.

Segal, Williams y Teasdale (2002) diseñaron la terapia cognitiva basada en la conciencia plena para reducir las recaídas en depresiones recurrentes. En este modelo de tratamiento se toma a los pensamientos y a los sentimientos como eventos en la conciencia. El objetivo es mantener distancia sobre ellos sin reaccionar, detener el funcionamiento automático de la mente, lo que Segal, Williams y Teasdale denominan detener “el hacer” (*doing*) y sustituirlo por “el ser” (*being*). Para ello toman el entrenamiento en conciencia plena (*mindfulness*) desarrollado por Jon Kabat-Zinn (1990). La psicoterapia de conciencia plena utiliza un marco teórico de información derivados tanto del Budismo como de la Psicología Oriental, así como de la experiencia personal de los terapeutas (Lau & McMain, 2005).

Para el desarrollo de esta técnica se produjo una revisión de las causas que podían dar lugar a que la depresión sea recurrente. De esta revisión se encontró evidencia de que en la recurrencia intervienen procesos distintos de los que ocasionaron el primer episodio depresivo (Lewinsohn, Allen, Seeley & Gotlib, 1999). Parece ser que los estresores mayores de la vida son predictores de los primeros episodios, mientras que el humor disfórico y los estilos de pensamiento disfuncional se encuentran correlacionados con episodios recurrentes (Lau, 2005). El programa desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2002) es un tratamiento breve que incluye una entrevista individual inicial y un trabajo en sesiones de grupo durante 8 semanas, con cuatro sesiones seguimiento durante el año siguiente. El programa combina prácticas tradicionales de meditación, tales como el escaneo corporal, entrenamiento en respiración y técnicas tradicionales de la terapia cognitiva como la psicoeducación (que posibilita la toma de conciencia de los pensamientos negativos y de la posibilidad de recaída).

Pese a la obtención de efectos positivos en investigación, los resultados de esta área de estudio se encuentran aún en proceso de desarrollo. Al respecto, Coelho (2007) identificaron cuatro estudios relevantes y 2 ensayos clínicos aleatorizados, concluyendo en que la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT) parece tener efectos positivos en pacientes con tres o más episodios. Asimismo, debido a la naturaleza de los grupos, es difícil saber si esos cambios son atribuibles a la MBCT o a otros efectos.

### *Psicoanálisis e investigación*

Dentro de nuestro país los desarrollos de orientación psicodinámica son muy importantes, no solo en lo que hace a la práctica clínica sino, como bien sugiere Vezzetti: “*En la cultura argentina hay una historia original del freudismo que es autónoma respecto de la institucionalización del psicoanálisis, en la medida en que*

*hubo iniciativas de lectura y de difusión que construyeron un espacio diversificado de recepción y apropiación de enunciados atribuidos a Freud” (1996).*

Los desarrollos psicodinámicos son parte de la dinámica social y cultural en la que la enfermedad se expresa. Es por ello que es necesario tomar en cuenta estos enfoques, debido a que gran parte de los usuarios del sistema de salud participa de esta cultura y la mayoría de los efectores de salud se hallan inmersos en este marco teórico (Vezzetti, 1996).

El psicoanálisis ha dado lugar una gran diversidad de líneas teóricas y técnicas y ante la existencia de tanta variedad de lecturas ahondar entre sus múltiples autores es un desafío que posteriores estudios deberían llenar. En el mundo, y muy especialmente en nuestro país, los modelos teóricos que plantea el psicoanálisis han sido absorbidos no solo por los trabajadores y organizaciones de salud mental, sino también en gran parte de las construcciones culturales (cine, teatro, literatura, entre muchos otros) (Vezzetti, 1996).

En lo que respecta a la gran crítica, postulada por Eysenk en la década de 1950, respecto de la poca investigación de resultados terapéuticos por parte de este modelo teórico, podemos decir que dentro del campo del psicoanálisis no ha sido intención la evaluar los resultados del análisis clínico en pacientes depresivos a largo plazo. Pese a esta crítica podemos encontrar, por ejemplo, en el trabajo llevado a cabo por Arieti (1977, en (Bemporad & Long, 1995), un reporte sistemático del seguimiento de un tratamiento psicoanalítico durante tres años de doce pacientes severamente deprimidos, todos ellos en tratamiento ambulatorio. De los 12 pacientes reportados, 9 eran mujeres y tres hombres; 10 de ellos tenían ideación suicida. Los resultados indican que, luego del tratamiento, 7 de ellos se recuperaron completamente sin recaída, 4 de ellos mostraron una importante mejora y uno de ellos fue tomado como un tratamiento fallido.

Vale la pena señalar que en las terapias de orientación psicodinámicas, las intervenciones resultan más difíciles de protocolizar y han implicado un desafío metodológico que, solo en los últimos años, ha acentuado la investigación correspondiente para procurar investigar empíricamente sus resultados, aunque cuentan con una importante tradición en investigaciones de proceso (Gabbard, Gunderson & Fonagy, 2002; Kernberg, 2002).

A pesar de la importancia y la pertinencia de este tipo de investigaciones, los estudios llevados a cabo son insuficientes como para que la comunidad científica pueda darles el lugar de tratamientos con apoyo empírico para la depresión. Sin embargo, este ejemplo merece ser destacado debido a que no sabemos qué es lo que ocurriría si se evaluaran a largo plazo las terapias psicoanalíticas. La Argentina podría ser un ámbito propicio para estos intentos debido a la importancia del psicoanálisis en dicho país.

### **Palabras finales**

Dentro de la clasificación de las enfermedades actuales, es indudable que la depresión no solo es una entidad reconocida, sino que también es una de las más importantes a nivel de causa de sufrimiento e invalidación en población general a nivel mundial. Por este mismo motivo, es que investigadores de distintos lugares del planeta y de distintas corrientes teóricas y disciplinares han indagado respecto de las causas de este trastorno tan prevalente y de las características del mismo. Es así como en los últimos diez años se ha comenzado a acordar que la depresión más enfermedad aguda presenta rezagos de cronicidad y recurrencia. Por este motivo las investigaciones y desarrollos psicoterapéuticos respecto de este trastorno, no solo se enfocan en los resultados a corto plazo sino que este interés se ha desplazado sobre las causas de la recurrencia y la cronicidad.

Es así como nos encontramos en la actualidad con investigaciones tales como las desarrolladas por Segal, Williams y Teadale (2002) cuyos desarrollos se orientan a evitar la recurrencia en la depresión y plantean un nuevo modelo para pensar las causas y la recurrencia de la depresión. También encontramos trabajos como el de McCulloch (2000) orientados a la depresión crónica o el trabajo de Fava y cols. (2004) que plantean una estrategia para la prevención de las recaídas, por citar algunos de los más relevantes.

Nos encontramos ante un campo con desarrollos incipientes en lo que hace a las cuestiones más específicas de la depresión y de su tratamiento donde el enfoque no solo se dispone a encontrar un tratamiento eficaz y sino también identificar las causas de la recurrencia y la cronicidad con el objetivo de llevar a cabo tratamientos más eficientes. Probablemente este sea el desafío que enfrentan las investigaciones en torno a la depresión para las próximas décadas.

### **Bibliografía**

- Antonuccio, D.O.; Danton, W.G. & DeNelsky, G.Y. (1995). Psychotherapy versus Medication for Depression: Challenging the Conventional Wisdom with Data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 574-585.
- APA. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 6(1), 37-58.
- Basco, M.R. & Rush, A.J. (1995). Compliance with pharmacotherapy in mood disorders. *Psychiatric Annals*, 25, 269-279.
- Beach, S.R. & O'Leary, K.D. (1992). Treating Depression in the Context of Marital Discord: Outcome and Predictors of Response for Marital Therapy vs. Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507-528.

Beck, A.T. (2005). The current state of Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Bruwer.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Bemporad, J. & Long, R. (1995). Term analytic treatment of depression. In Beckham & Leber (Eds.), *Handbook of Depression*. (pp. 391-403). New York: Guilford Press.

Beutler, L. (1992). El estado actual y las contribuciones de la investigación en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1(3), 203-214.

Blatt, J.S.; Zuroff, D.C.; Bondi, C.M. & Sanislov III, C.A. (2000). Short-and Long-Term Effects of Medication and Psychotherapy in the Brief Treatment of Depression: Further Analices of Data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research* 10(2), 215-234.

Bleichmar, H. (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 14. Retrieved from <http://www.aperturas.org/1>

Burns, D. (2006). *Adiós, ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, A.; Chapman, E.; Forman, E. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26 17-31.

Coelho, H.F.; Canter, P.H. & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75(6), 1000-1005.

Conti, N. A. (2007). *Historia de la depresión: la melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires: Polemos.

Chambless, D. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

DeRubeis, R.J.; Gelfand, L.A.; Tang, T.Z. & Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1007-1013.

Echeburúa, E. & De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.

Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Elkin, I.; Shea, M.T.; Watkins, J.T.; Imber, S.D.; Sotsky, S.M.; Collins, J.F. et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971-982; discussion 983.

Eysenck, H.J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16 319-324.

Fabrissin, J. & Garay, C. (2003). Tratamientos de la depresión con apoyo empírico y su posible combinación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12, 33-55.

Fava, G.A.; Ruini, C.; Rafanelli, C.; Finos, L.; Conti, S. & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1872-1876.

Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamento de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Frank, E. (1991). Interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment for patients with recurrent depression. *Psychotherapy*, 28, 259-266.

Frank, E.; Anderson, B.; Reynolds, C.F., 3<sup>rd</sup>, Ritenour, A. & Kupfer, D.J. (1994). Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype. A confirmation of the distinction using the Bedford College methods. *Archives of General Psychiatry*, 51(7), 519-524.

Frank, E.; Kupfer, D.J.; Perel, J.M.; Cornes, C.; Jarrett, D.B.; Mallinger, A.G. et al. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47(12), 1093-1099.

Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). In Freud, S. (ed.). *Obras completas 1976-1979* (Vol. I, pp. 111-132). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. In Freud, S. (ed.), *Obras completas 1976-1979* (Vols. IV-V, pp. 1-54. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1901). Fragmento de un caso de histeria (1905): 1-108. In Freud S. (ed.). *Obras completas 1976-1979* (Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915). Duelo y Melancolía. In Freud, S. (ed.). *Obras completas* (Vol. Tomo XIV). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1920). Más Allá del Principio del Placer. In S. Freud (Ed.), *Obras completas* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1950). Fragmentos de la correspondencia con Fliess [1892-1899]. En *Obras completas 1976-1979* (Vol. I, pp. 211-322). Buenos Aires: Amorrortu.

Gabbard, G.O.; Gunderson, J.G. & Fonagy, P. (2002). The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 505-510.

Gitlin, M.J. (2009). Pharmacotherapy and Other Somatic Treatments for Depression. In Gotlib, I.H. & Hammen, C.L. (eds.), *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.

Healy, D. (1997). *The Antidepressant Era*. London: Harvard University Press.

Healy, D. (1999). The three faces of the antidepressants: a critical commentary on the clinical-economic context of diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 174-180.

Healy, D. (2007). The engineers of human souls & academia. *Epidem Psichiatr Soc*, 16(3), 205-211.

Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(1), 21-45.

Henderson, S.; Byrne, D.G.; Duncan-Jones, P.; Adock, S.; Scott, R. & Steele, G.P. (1978). Social bonds in the epidemiology of Neurosis. *The British Journal of Psychiatry*, 132, 463-466.

Hollon, S.; Jarrett, R.; Nierenberg, A.; Thase, M.E.; Trivedi, M. & Rush, A. (2005). Psychotherapy and Medication in the Treatment of Adult and Geriatric Depression: Which Monotherapy or Combined Treatment? *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455-468.

- Jackson, S.W. (1986). *Melancholia & Depression*. New Heaven: Yale University Press.
- Jacobson, N.S.; Dobson, K.E.F.A.; Schmalings, K.B. & Salusky, S. (1999). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Jufe, G. (2001). *Psicofarmacología práctica*. Buenos Aires: Polemos.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living : Using the Wisdom of your mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell Publishing.
- Keegan, E. (2007). *Ensayos de Terapia Cognitiva*. (1ª ed.). Buenos Aires: EUDEBA
- Kernberg, O.F. (2002). Psychoanalytic contributions to psychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 59(6), 497-498.
- Klerman, G.L. & Weissman, M.M. (1993). *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- Klerman, G.L.; Weissman, M.M.; Rounsaville, B.J. & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Korman, G.P.; Garay, C. & Etchevers, M. (2007). Impacto de las categorías culturales de la Asociación Americana de Psiquiatría en las Residencias de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. *Premio Facultad de Psicología Facultad de Psicología* (pp. 11-28). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología.
- Kriz, J. (2002 ). *Corrientes fundamentales en psicoterapia* (1ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Lambert , M.J. (1992). Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. In Norcross J.C. & Goldfried, J. (eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lau, M.A. & McMain, S.F. (2005). Integrating Mindfulness Meditation with Cognitive and Behavioural Therapies: The Challenge of Combining Acceptance and Change-Based Strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 863-869.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*, 21(3), 401-419.

Lewinsohn, P.M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *J Abnorm Psychol*, 84(6), 729-731.

Lewinsohn, P.M.; Allen, N.B.; Seeley, J.R. & Gotlib, I.H. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychological risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483-489.

Lewinsohn, P.M. & Gotlib, I.H. (1995). Behavioral Theory and Treatment of Depression. In Beckham, E.E. & Leeber, W.R. (eds.), *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.

Luborsky, L.; Singer, B. & Luborsky, E. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everybody has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

Maldavsky, D. (1988). *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

McCulloch, J. (2000). *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Muñoz, P. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto*. Buenos Aires: Manantial.

Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Nezu, A.M. (1987). A Problem-Solving Formulation of Depression: A literature Review and Proposal of a Pluralistic Model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.

OMS. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10). Versión multiaxial para adultos*. Madrid: Meditor.

Plotkin, M.B. (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Sudamericana.

Roth, A. & Fonagy, P. (1995). *Research on the efficacy and effectiveness of psychotherapies* Department of Health.

Roth, A. & Fonagy, P. (2004). *What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy*. (2<sup>nd</sup> edition). New York: Guilford.

Sacco, W.P. & Beck, A.T. (1995). Theory and cognitive therapy. In Beckham, E.E. & Leber, W.R. (eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford Press.

Sarudiansky, M. (2010). Entre la emoción y la enfermedad. Posturas biomédicas y elecciones terapéuticas en individuos ansiosos de Buenos Aires (Argentina). *Revista Brasileira de Sociología da Emoção, XV*, 34-57.

Schramm, E. (1998). *Psicoterapia Interpersonal*. Barcelona: Masson.

Segal, Z.; Williams, J. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

Vezzetti, H. (1996). *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon-Rivière*. Buenos Aires: Paidós.

Wampold, B.E.; Minami, T.; Baskin, T.W. & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord, 68*(2-3), 159-165.

*Fecha de recepción: 07/11/10*

*Fecha de aceptación: 13/12/10*