

Bárbara Olivan Blázquez [\[Buscar autor en Medline\]](#)



Alternativas de abordaje de la depresión en atención primaria: abordajes no farmacológicos

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

INTRODUCCIÓN

El trastorno mayor depresivo es una de las condiciones médicas más comunes y más incapacitantes en el mundo occidental. Actualmente, la depresión está situada en el cuarto lugar en la carga global de enfermedades y se estima que para el año 2010 sea la segunda (Murray y Lopez 1997).

La mayor parte de las personas que sufren un trastorno depresivo mayor, son atendidos por su médico de familia, esto supone que generan entre el 5% y el 10% de las consultas en Atención Primaria, pero esta cifra es dos o tres veces mayor cuando se incluyen otros desordenes depresivos como la depresión menor o la distimia (Dawson M., 2004).

Dada la dimensión que alcanza este fenómeno, es muy importante conocer la ayuda que se le puede proporcionar a la población psiquiátrica desde Atención Primaria de Salud, los tratamientos más eficaces, tanto farmacológicos como no farmacológicos y si es factible conseguir mejorías significativas dentro del contexto de los centros de salud (con la consiguiente presión asistencial que hay en los centros urbanos, etc.).

En un meta-análisis realizado por Dawson M. y colaboradores, las tasas de remisión total del trastorno depresivo tras una intervención farmacológica y/o psicológica en Atención Primaria se encuentran entre el 50% y el 67%, por lo que se considera que la mejoría de estos pacientes es un objetivo alcanzable desde la Atención Primaria.

Según diversos artículos el tratamiento más eficaz es la combinación de tratamiento farmacológico y la psicoterapia, por lo que es importante de cara a la consecución de los mejores resultados, unos conocimientos básicos de psicoterapia por parte de los médicos de familia.

Además, cada vez más personas buscan alternativas a la medicación psiquiátrica, debido a varias razones, por ejemplo, la menor respuesta de las mujeres premenopáusicas a los antidepresivos tricíclicos, los efectos secundarios que tienen algunas medicaciones

bibliografía

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry*. 2000;157:1-45.
2. Anderson, P., Beach, S. R., Kaslow, N. J. (1999). Marital discord and depression: the potential of attachment theory to guide integrative clinical intervention. En T. Joiner & J. C. Coyne, eds., *The interactional nature of depression* (pp. 271-297).
3. Antonuccio, D., Atkins, W. T., Chatham, P. M., Monagin, J. A., Ternan, B. H. & Ziegler, B. L. (1984). An exploratory study: the psychoeducational group treatment of drug-refractory unipolar depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 4: 309-313.
4. Areán, P. A. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8, 3: 547-559.
5. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Moller H-J, Disorders WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2002;3:5-43.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



como la pérdida de concentración, de vitalidad sexual, etc., por lo que hay que ofrecer a estas personas otras alternativas terapéuticas eficaces.

A continuación se exponen tratamientos alternativos a los farmacológicos que han demostrado ser de gran ayuda en el tratamiento de los trastornos depresivos. Principalmente se abordaran los tratamientos psicológicos de la depresión, que incluye la terapia conductual, la terapia cognitiva-conductual, la psicoterapia interpersonal, el psicoanálisis, etc. pero también otros tratamientos como la biblioterapia que pueden ser de gran utilidad en el contexto de la Atención Primaria.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN

Los tratamientos psicológicos de la depresión se fundamentan en técnicas para ayudar al paciente a adquirir una nueva percepción personal que le permitirá cambiar sus pensamientos, sentimientos o comportamientos en una forma positiva. Es una comunicación verbal entre profesionales capacitados y pacientes que ha demostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión.

Existen tres grandes tratamientos psicológicos de eficacia comprobada, estos tratamientos son la terapia conductual, la terapia cognitiva o terapia cognitiva-conductual y la psicoterapia interpersonal. Además de estos tres tipos de terapias, existen otros tratamientos psicológicos, menos extendidos, como el psicoanálisis, la terapia familiar sistémica, los métodos psicodinámicos, etc.

Hay que destacar también como tratamiento efectivo y de gran utilidad en las consultas de Atención Primaria la biblioterapia. Todos estos tratamientos se exponen en la **tabla 1**.

TERAPIA CONDUCTUAL

El objetivo de la terapia conductual consiste en promover cambios ambientales que posibiliten un aumento en la recepción de estímulos positivos y mejorar las habilidades personales para poder acceder a más estímulos reforzadores.

Modelo explicativo

La terapia conductual se fundamenta en el modelo explicativo de la depresión de Lewinsohn, que señala que la depresión tiene su origen en una baja frecuencia de refuerzos. El punto de referencia básico se sitúa en la existencia y papel funcional de los estímulos reforzadores positivos, por lo tanto se destaca la importancia de la disponibilidad de dichos reforzadores (ambiente), las respuestas de la persona (actividad, habilidades sociales, etc.) y la interpretación y valoración que la persona hace del reforzamiento recibido (por lo que se consideran también los aspectos cognitivos implicados en el proceso de aprendizaje). Se pueden enumerar tres hipótesis básicas: Una relación causal entre una baja tasa de refuerzo y la disforia, el mantenimiento de las conductas depresivas por refuerzo social y la falta de habilidades sociales como principal determinante de la baja tasa de reforzamiento.

Tipos de terapias

En la terapia conductual, se pueden distinguir 6 tipos de terapias psicológicas (Pérez Álvarez y García Montes 2001). Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn & Gotlib, 1995) desarrollaron un programa de tratamiento con tres procedimientos terapéuticos: el programa de Actividades Agradables, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, y el afrontamiento de la depresión. Los otros tres procedimientos conductuales son la terapia de Autocontrol de Rehm (Rehm, 1977), la terapia de Solución de Problemas (Nezu, 1987), y la terapia Conductual de Pareja (Beach & O'Leary, 1992; Jacobson & cols, 1991).

- El Programa de Actividades Agradables se dirige a aumentar estimulación positiva y las interacciones de la persona depresiva, a través de técnicas como el entrenamiento asertivo, la comunicación, el manejo del tiempo, la toma de decisiones y la solución de problemas.
- El Entrenamiento de Habilidades Sociales es una parte fundamental en el tratamiento psicológico de la depresión, ya que la terapia conductual explica la depresión como consecuencia de una disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales (que a su vez acentúa la disminución de estímulos positivos). Las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales. Se entrena habilidades conversacionales y la aserción tanto positiva como negativa.
- La Terapia para el Afrontamiento de la Depresión, ideada por Lewinsohn y que se aplica de forma grupal es un tratamiento psico-educativo altamente estructurado, con contenidos multimodales, entre los que destacan la programación de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones, finalmente, los «planes de la vida», donde se tratan los valores personales, las metas y el estilo de los participantes (Lewinsohn, Steinmetz, Antonuccio, & Teri, 1985).
- La Terapia de Autocontrol desarrollada por Rehm (Rehm, 1977) asume que en la génesis de la depresión se encuentran como principales agentes causales los déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo, concretamente la auto-evaluación, auto-observación y auto-refuerzo. Determinadas conductas deficitarias en autocontrol, pueden ser las causantes de la depresión. Estas conductas pueden ser la tendencia a prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos o a los efectos inmediatos frente a las consecuencias a largo plazo, errores de auto-atribución, escasa administración de recompensas o excesiva administración de castigos, etc.

La terapia se basa en un programa de tres fases, la fase inicial de auto-observación, donde se enseña al paciente la relación entre el estado de ánimo y sus actividades positivas y negativas, la fase de auto-evaluación, donde se le enseña a establecer metas u objetivos más acordes con la posibilidad real de alcanzarlos, y finalmente la fase de auto-refuerzo, en la que se le enseña al paciente a

autoreforzarse positivamente por las actividades adecuadas que realizan. Se ha demostrado que cada una de estas fases es tan efectiva individualmente como el conjunto (Rehm, Kornblith, O'Hara, Lamparski, Romano & Volkin, 1981).

- La Terapia de Solución de Problemas relaciona la depresión con la ineficiencia en la solución de problemas. Los principales autores en este tema son D'Zurilla y Goldfried aunque hay también otros autores como Areán, (Areán, 2000) o Nezu (Nezu & Perri, 1989) que proponen un programa estructurado con una variedad de técnicas. Se considera que la meta de la terapia de Solución de Problemas y de la modificación de conductas es la misma, es decir, producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas. Las personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social pero aquellos que carecen de dicha competencia pueden ser entrenados para solucionar tanto problemas cotidianos como problemas clínicos o comportamentales.

Hay cinco pasos en su aplicación, tal y como se explica en la **tabla 2.**

- La Terapia Conductual de Pareja trata la depresión en el contexto de una relación inter-personal. Aunque la influencia de la red social está considerada en todos los tratamientos psicológicos anteriores, esta terapia incorpora la relación como elemento esencial aunque ésto no suponga que toda depresión dada en una relación de pareja sea debida a problemas en la relación. Una vez constatada la asociación (discordia-depresión), lo importante es ver la inter-funcionalidad entre ambas. Se consideran dos mecanismos caudales principales, la pérdida de apoyo social (Anderson, Beach & Kaslow, 1999) y la instrumentación que la propia conducta depresiva podría tener en la relación de la pareja y familiar en general ya que la conducta depresiva puede tener el efecto "positivos" para el paciente como ser el centro de apoyos que de otra manera no existen, reducir demandas de otros o infundirles sentimientos de culpa.

TERAPIA COGNITIVA O COGNITIVA-CONDUCTUAL

La Terapia Cognitiva fue desarrollada por Aarón T. Beck, desde finales de los años cincuenta, específicamente para el tratamiento de la depresión, siendo uno de los tratamientos más utilizados actualmente en la depresión.

La Terapia Cognitiva, al igual que la Terapia de Conducta, ofrece un planteamiento completo de la depresión, de manera que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico.

Modelo Explicativo

La Terapia Cognitiva considera que la depresión es debida a la triada cognitiva, es decir las personas con tendencia a la depresión tienen esquemas y estructuras cognitivas que posibilitan una visión negativa de uno mismo, del futuro y del mundo. Esta forma

distorsionada de percibir la realidad determina los cambios comportamentales y emocionales característicos de la depresión.

Además de la triada cognitiva, hay otros dos conceptos de especial importancia en el modelo explicativo de la depresión de Beck, que es la organización estructural del pensamiento depresivo y los errores en el procesamiento de la información. Todos estos factores determinan que durante la depresión se activen esquemas depresógenos prepotentes, y que las conceptualizaciones de los depresivos se distorsionen para ajustarse a los esquemas depresógenos. Los errores en el procesamiento de la información, son distorsiones de los depresivos que mantienen la creencia en la validez de los esquemas negativos. Este planteamiento es cercano al de los enfoques que hacen hincapié en el procesamiento de la información y en el proceso de memorización y recuperación de determinado tipo de materiales (Pérez Álvarez y García Montes, 2001)

Técnicas utilizadas

La terapia cognitiva se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, por lo que también se denomina terapia cognitivo-conductual (Sacco & Beck, 1995). El objetivo final es enseñar al paciente las distorsiones cognitivas, contrastándolo con la realidad, es decir, no se trata de “convencer” al paciente de que cambie unos esquemas cognitivos negativos, sino de que el mismo sea consciente de que estos esquemas no corresponden con la realidad, y de entrenar al paciente a identificar y modificar sus pensamientos erróneos y conducta inadecuada, y a reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen esas ideas y conductas. En consecuencia se utilizan tanto procedimientos conductuales como cognitivos para generar el cambio al igual que técnicas para aliviar los síntomas afectivos. Algunas de las técnicas que se pueden aplicar durante las sesiones se recogen en la **tabla 3**.

Gracias al alto grado de estructuración de la terapia cognitiva, se facilita su aplicación, que se puede hacer de forma individual, grupal o auto-aplicada. Cuenta con numerosos estudios que muestran su eficacia y hoy en día es un referente en el tratamiento psicológico de la depresión.

PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

La Psicoterapia Interpersonal trata la depresión como una enfermedad asociada a una disfunción en las relaciones personales por lo que se focaliza en el alivio de los síntomas a través de una mejoría en dichas relaciones interpersonales. Es un procedimiento terapéutico de base clínico-empírica que no se originó en base a un modelo explicativo de la depresión concreto, a diferencia de la Terapia de Conducta y de la Terapia Cognitiva. Gerald L. Klerman y colaboradores (Klerman, Weissman, Rounsville & Chevron, 1984), utilizando como fuente la observación clínica, desarrollaron cuatro pilares causantes de trastornos depresivos; el duelo, las disputas interpersonales (discusiones con la pareja, padres, etc. que puede venir provocado por falta de habilidades o por tener las expectativas demasiado altas o que no coinciden en la pareja), la transición de rol y los déficits en habilidades sociales. Gerald L.

Klerman y colaboradores desarrollaron una terapia, en la década de 1970 como una alternativa breve, concisa y complementaria para el tratamiento de la Depresión Mayor, tanto para el tratamiento agudo, terapia de continuación y de mantenimiento.

Fases

La Psicoterapia Interpersonal es también una terapia altamente estructurada lo que facilita su aplicación. La fase inicial consiste en aliviar los síntomas, dar ánimo al paciente y explicarle qué es su trastorno y cual es el marco general de la terapia.

La fase intermedia focaliza el área causante del trastorno depresivo. Si se focaliza el duelo como área problemática a tratar, el objetivo es ayudar al paciente a que compense la pérdida del ser querido con nuevas actividades y relaciones. Si la causa de la depresión son las disputas interpersonales, se explora la relación y la naturaleza de la disputa, se consideran opciones para resolverla y en caso de no hallarlas, se intenta reemplazarla con mejores alternativas. Las transiciones de rol incluyen cambios en el status biográfico y para ayudar al paciente a afrontar este cambio deben revisarse tanto los aspectos positivos como negativos del nuevo rol, comparándolo con el viejo rol al que sustituye. La cuarta y ultima área problemática, la de los déficits interpersonales, el objetivo es reducir el aislamiento e iniciar relacionessociales.

La fase final prepara al paciente para abandonar el tratamiento, dotándole de responsabilidad en la consolidación de la mejoría obtenida.

OTRAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Existen otras terapias psicológicas en el tratamiento de la depresión como la terapia psicoanalítica, las terapias dinámicas breves, la terapia psicodinámica interpersonal, la psicoterapia no-directiva, la terapia familiar sistémica, etc., aunque su uso no está tan extendido y no hay tantos estudios que demuestren su efectividad como en el caso de la terapia conductual, cognitivo-conductual o la interpersonal. A continuación, se explica brevemente en que consiste la terapia psicoanalítica, la terapia psicodinámica y la terapia familiar sistémica.

La terapia psicoanalítica separa la psique en sus elementos constitutivos, el ello, el yo y el súper-ello. Es una teoría idea por Sigmund Freud en el siglo XIX, derivada de su experiencia clínica con pacientes "histéricos" para investigar procesos mentales por medio de la asociación libre, de la interpretación de los sueños y de las resistencias y de las manifestaciones de la transferencia. Se necesita una formación muy compleja para poder aplicar correctamente esta técnica. En los artículos consultados específicos de psicoanálisis en una revisión en la base de datos PubMed, sus resultados parecen limitarse a casos tratados, pero sin ningún otro control que permita relacionar la mejoría exclusivamente al psicoanálisis.

El objetivo de la terapia psicodinámica es la modificación de la estructura de la personalidad y no sólo aliviar los síntomas. Desde un punto de vista teórico, los síntomas depresivos serían el resultado de un conflicto inconsciente. La clave para resolver esos

conflictos sería el análisis de la relación (transferencial) entre el paciente y el terapeuta, ya que en ella se reproducirían, "en vivo y en directo" la mayor parte de esas perturbaciones inconscientes. El objetivo de la terapia sería la elaboración de esos conflictos, lo que secundariamente traería el alivio de los síntomas.

La Terapia Familiar Sistémica considera a la familia un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, por lo que cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, y las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. Las técnicas de intervención son la clarificación y la recapitulación, las preguntas circulares, la escultura familiar y la narración de cuentos metafóricos.

Dentro de las preguntas circulares, podemos encontrar preguntas estratégicas lineales, preguntas descriptivas lineales, preguntas descriptivas circulares y preguntas reflexivas circulares, segúnse consideren las variables bipolares lineal-circular y descriptivo-interventivo. La técnica de las preguntas circulares permite lograr un rápido acceso a una rica fuente de información y constituye un instrumento terapéutico eficaz.

La "escultura familiar" es una técnica por medio de la cual se recrean en el espacio las relaciones entre los miembros de la familia, a través de la formación de un cuadro físico. La escultura familiar es un instrumento de diagnóstico y una técnica terapéutica: se visualizan y se experimentan, espacial y concretamente, las configuraciones relacionadas de la familia. En la escultura familiar queda simbolizada la posición emocional de cada miembro de la familia respecto de los otros. Esta teoría todavía está por demostrar su eficacia en el tratamiento de la depresión.

LA BIBLIOTERAPIA

Se ha considerado la biblioterapia como una alternativa muy apropiada en el contexto de la Atención Primaria, ya que en la mayoría de las ocasiones, principalmente en el ámbito urbano, no hay tiempo para poder realizar una psicoterapia con el paciente. Es un tratamiento que puede resultar una buena alternativa a la terapia farmacológica o en combinación con esta.

Definición

La biblioterapia se define como "el uso de la lectura para ayudar a la gente a afrontar sus problemas emocionales, enfermedades mentales o cambios en sus vidas" (Pardeck 1994). El objetivo general de la biblioterapia es promover un cambio comportamental, cognitivo y/o emocional en una dirección normativa y bien establecida. Esto implica la consecución de diferentes metas entre las que destacamos las siguientes: ayudar a la gente a entenderse y conocerse mejor a sí mismo, facilitar el darse cuenta de que uno no es el único que tiene un determinado problema disminuyendo así el miedo a lo desconocido y el sentimiento de soledad, ayudarles a aprender estrategias para afrontar sus problemas para así disminuir sus frustraciones y conflictos, promover la independencia y la autoayuda con lo que se lograría desarrollar un autoconcepto más

positivo de uno mismo. La biblioterapia promueve el cambio a nivel intelectual, emocional, conductual, psicosocial e interpersonal. Para que todo esto sea posible es necesario que se pongan en marcha una serie de dinámicas internas a lo largo del proceso terapéutico, responsables de dicho cambio.

Fases

Se puede resumir este proceso en tres fases diferenciadas que tienden a entremezclarse: identificación, catarsis e insight. Cuando el paciente se identifica con un personaje o con una situación específica, esto le permite liberarse de pensamientos o sentimientos que le están generando conflicto, todo ello facilita que sea capaz de ser más consciente de lo que le está ocurriendo o de alguna de sus limitaciones y le permite aceptar su situación, facilitando la activación de sus mecanismos para el cambio.

El uso de la biblioterapia, tiene ciertas ventajas pero también limitaciones, tal y como se expone en la **tabla 4**.

EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

En diversos estudios se ha demostrado que la mejor opción de tratamiento es la combinación de los antidepresivos y el tratamiento psicológico, mientras que administrados aisladamente obtuvieron inferiores tasas de remisión pero muy similares entre ellos.(Dawson & cols 2004, Segal & cols 2001, DeRubeis & cols 1999)

Respecto al tratamiento psicológico, la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal han demostrado su eficacia en la depresión, que es como mínimo, igual a la eficacia de la medicación antidepresiva. Esta eficacia toma como criterio el trastorno depresivo mayor, tanto en su condición menos severa como en la más severa, incluyendo además de la depresión mayor recidivante, la distímica, la atípica y la depresión con ansiedad, las depresiones episódicas y las menores y se ha mostrado tanto en el tratamiento agudo, como en la continuación y en el mantenimiento. (Pérez Álvarez y García Montes 2001). Incluso un meta-análisis ha mostrado que la Terapia Cognitiva, al igual que la Terapia de Conducta, son más eficaces que la medicación en pacientes con depresión media o moderada (Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998).

En cuanto a la eficiencia, refiriéndose en términos coste-beneficio, en comparación con la medicación hay que tener en cuenta tres niveles: el coste directo del tratamiento para el sistema proveedor del servicio, el coste directo para la comunidad y el coste indirecto para la sociedad (Pérez Álvarez y García Montes 2001). Un análisis de acuerdo con un modelo que toma en cuenta estos tres niveles muestra que un tratamiento consistente en la medicación con fluoxetina (Prozac), sobre un período de dos años, resulta un 33% más caro que un tratamiento consistente en la Terapia Cognitiva individual (Antonuccio, Thomas & Danton, 1997).

La terapia psicológica puede parecer más costosa que la medicación, ya que se requiere más tiempo de dedicación al paciente, pero se han de tener en cuenta tres consideraciones: a) son susceptibles de ser aplicadas en grupo, b) no sólo cuenta el tiempo de terapia, sino

otros recursos que también están consumiendo el paciente, c) la calidad de la prestación

Para finalizar, respecto a la eficacia de la biblioterapia, la mayoría de las revisiones sistemáticas llevadas a cabo, así como los estudios de meta-análisis, coinciden en que los tratamientos basados en la autoayuda, tales como la biblioterapia, pueden ser una intervención muy apropiada para muchos de estos pacientes, ya que se ha encontrado evidencia de que ésta es más efectiva comparada con el grupo control en lista de espera, o con la atención convencional recibida por parte del médico de familia. (Bower, Richards & Lovell 2001; Den Boer, Wiersnia & Van den Bosch 20004).

CONCLUSIONES

Dada la importancia de la depresión en las consultas de Atención Primaria, es necesario para todos los profesionales de este ámbito, conocer en profundidad esta patología, la magnitud del problema, la evidencia en los tratamientos y su aplicación en las consultas de los centros de salud. Como se ha expuesto a lo largo de todo el capítulo, una manera de abordar el tratamiento de la depresión, con eficacia, es la psicoterapia.

La Atención Primaria está en una situación privilegiada, ya que es nivel asistencial más cercano al ciudadano, por lo que debemos ser eficaces en nuestras intervenciones y hacer especial hincapié en la prevención. Los profesionales de Atención Primaria poseen un elevado potencial preventivo, que debe ser aprovechado con la finalidad de prestar una atención integral e integrada a la población, de la forma más eficiente posible, siendo el nivel asistencial más accesible y desde el que se puede llegar a la mayoría de la población. Por ello, es necesario conocer los factores de riesgo y los factores protectores de la depresión para poder anticipar los episodios depresivos y realizar precozmente el tratamiento.

