



3185.25  
2  
ej.

UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

1979-1983

"TERAPIA DE GRUPO BREVE EN PACIENTES  
DEPRESIVOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO"

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIM

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

**IVONNE GOBERA BUSTAMANTE**

ASESOR DE TESIS: DR. JAVIER ROMERO AGUIRRE



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

CAPITULO 1	ANTECEDENTES DEL TEMA	1
1.1 Marco Historico		1
1.1.1 En America		7
1.1.2 En México		9
1.2 Desarrollo del Concepto		12
1.3 Cultura y Depresion		16
CAPITULO 2	LA DEPRESION	19
2.1 Tristeza, Duelo y Depresión		20
2.1.1 Primeras Contribuciones del Psicoanálisis		21
2.1.2 Duelo y Melancolía		26
2.2 Alteraciones y Transtornos		29
2.3 Clasificación		32
2.4 Incidencia		33
2.5 Modelos de Estudio de la Depresion		35
2.5.1 Enfoque Tradicional		35
2.5.2 Seligman: Desesperanza Aprendida (Learned Helplessness)		36
2.5.3 Lewinsohn: Tasa Baja de Refuerzo		37
2.5.4 Beck: Teoría Cognoscitiva de la Depresion		38
2.5.5 Remm: Autocontrol		39

2.5.6 Fester: Enfoque Funcional de la Depresión	40
2.5.7 Modelo de los Eventos Estresantes Diarios	41
2.5.8 Modelos de Causas Variables	41
2.5.9 Mc'Lean: Modelo de Toma de Decisiones	42
2.5.10 Eastman: Modelo Integrativo	42
2.5.11 Modelos Sociológico y Existencialista	43
CAPITULO 3	TRATAMIENTO DE LA DEPRESION
3.1 Electroshock e Internamiento	44
3.2 Terapia Ambiental	46
3.3 Terapia con Psicofarmacos	47
3.3.1 Criterios para la Selección y Dosificación de los Psicofarmacos	48
3.3.2 Implicaciones del Uso de Psicofármacos	49
3.3.2.1 Los IMAO (Inhibidores de la Monoaminoxidasa)	50
3.3.2.2 Amitriptilina	51
3.3.2.3 Imipramina	52
3.3.2.4 Clorpromazina y Tioridazina	52
3.3.2.5 L-Dopa	53
3.3.2.6 Triptofano	54
3.3.2.7 La Alfa-metilparatirosina (AMPT)	55
3.3.2.8 Las Sales de Litio (Carbonato, Sulfato, Acetato)	56
3.3.2.9 Antidepresivos Tetracíclicos	56
3.4 Psicoterapia	57
3.4.1 Psicoterapia de Grupo	58
3.4.2 Psicoterapia Breve	61
3.4.3 Psicoterapia Breve de Grupo	63

CAPITULO 4	METODOLOGIA	65
4.1	Objetivos de la Investigación	65
4.1.1	Objetivo General	65
4.1.2	Objetivo Especifico	65
4.2	Planteamiento del Problema	65
4.3	Hipotesis	66
4.3.1	Hipotesis Estadísticas	66
4.3.2	Hipotesis de Trabajo	67
4.4	Definición de Variables	67
4.4.1	Identificación de Variables	67
4.4.2	Nivel de Medición de las Variables	68
4.4.3	Definiciones Operacionales	69
4.5	Muestra de Investigación	70
4.5.1	Criterios de Inclusión a la Muestra	71
4.5.2	Tipo de Muestreo	72
4.6	Diseño de Investigación	73
4.7	Instrumentos de Medición	74
4.7.1	Características de la Prueba	74
4.7.2	Escala Clínica	76
4.7.3	Escala de Validez	78
4.7.4	Aplicaciones de la Prueba	78
4.8	Procedimiento	79
4.9	Análisis Estadístico	80
CAPITULO 5	RESULTADOS	81
5.1	Resultados	81
5.2	Interpretación y Discusión de los Resultados	84

5.4 Conclusiones .....	89
5.5 Limitaciones y Sugerencias .....	91

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Citas Bibliográficas

Bibliografía

## APENDICE

## RESUMEN

Este trabajo consistió en la investigación con dos grupos de 10 personas cada uno, donde todos los sujetos sufrían de depresión. Debido al tamaño de la muestra, no fue posible tomar en cuenta el tipo de depresión como una variable de estudio.

El primer grupo fue expuesto a un tratamiento farmacológico con antidepresivos durante seis meses. En el segundo grupo se aplicó una terapia breve de grupo, sin medicamentos, durante el mismo lapso de tiempo. Esto se llevó a cabo una vez a la semana durante dos horas.

En ambos grupos se realizó un pretest y un posttest para observar objetivamente en cuál de los dos grupos los síntomas depresivos aminoraban por cualquiera de los dos tratamientos. Con este objetivo se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI). La hipótesis sustentada en este trabajo plantea que la terapia breve de grupo es más efectiva al cabo de seis meses de tratamiento.

Al comparar los perfiles de ambos grupos, antes y después de los tratamientos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los resultados se analizaron estadísticamente con la prueba t de Student.

## INTRODUCCION

En nuestra insegura sociedad, la importancia que siempre tuvo la salud mental adquiere proporciones decisivas: hoy por hoy, ninguna de nuestras esferas de funcionamiento nos permite margen alguno para la irracionalidad sin imponernos penosas consecuencias.

Aunque solo se considere el punto de vista estadístico, es fácil advertir que los problemas emocionales han adquirido características de epidemia. Por tanto, la salud mental de la comunidad debe considerarse como una parte importante de la salud general de la población.

En el cuidado de la salud mental, deberá dedicarse atención cada vez mayor a la prevención primaria y a la secundaria muy temprana. Las psicoterapias breves se adaptan en forma ideal a la satisfacción de estas necesidades.

Uno de los padecimientos para el que la terapia breve representa una posibilidad de mejoría es el anormal estado de la psique llamado depresión, el cual era conocido ya en épocas bíblicas y homéricas. Sin embargo, en la última década el interés en ella se ha acentuado en medida inusual, ya que se trata de un desorden muy común que afecta a gran cantidad de personas en grado variable, desde perturbaciones más o menos leves hasta las formas más severas.

Estudios recientes enfocan la depresión como un trastorno metabólico que debe ser tratado de manera exclusiva o predominante mediante drogas. Sin embargo, en este trabajo se desea ilustrar la importancia de los factores psicológicos, tanto en la etiología como en el tratamiento de la depresión. Se intenta esclarecer como se originan estos factores y la manera en que sus efectos pueden ser corregidos o neutralizados. Es posible que los factores



psicológicos no sean los únicos que intervienen en cada caso, pero se cree que están presentes en todos, y es necesario tenerlos en cuenta si intentamos lograr algo más que una recuperación superficial y sintomática, que supone el riesgo de una recaída en cualquier momento.

Con este fin, en el primer capítulo del marco teórico se revisa de manera somera la forma en que han variado algunos de los numerosos conceptos sobre la sintomatología, el tratamiento y las causas de la depresión. Se destaca que el padecimiento fue reconocido desde la antigüedad, etapa en la que se dieron varias formas de tratamiento relacionadas con los modelos etiopatogénicos de cada época. Se revisan también los conceptos animicos, los humorales y otros hasta llegar a la actualidad, en que ya se cuenta con manuales estadísticos en los que se establece la existencia de varios tipos de depresión.

En el segundo capítulo se abordan los principales aspectos de la depresión. Se revisan los conceptos anatomofuncionales relacionados con la misma, tomados en su mayoría de las experiencias y conocimientos que se han logrado mediante el estudio del mecanismo de acción de las terapias antidepressivas. Igualmente se mencionan los principales modelos que la estudian.

En el tercer capítulo, después de pasar revista a las principales teorías sobre la depresión y de describir la sintomatología clínica en sus diversas formas, se examina la psicodinámica y la psicoterapia de esta patología.

En el cuarto capítulo se exponen los aspectos metodológicos que dieron sustento a la realización de esta tesis, y en el quinto pueden consultarse los resultados derivados del análisis estadístico; las conclusiones, limitaciones y sugerencias.

Por último se presentan los apéndices, la revisión documental.

## JUSTIFICACION

La relevancia del tema radica en que se trata de una entidad frecuente cuyas consecuencias ya han sido establecidas y que representa el riesgo de suicidio.

De igual forma puede plantearse que esta es una tesis innovadora, ya que en esta investigación se comparan los efectos de dos tratamientos que generalmente se consideran opuestos.

Ademas, ante la gran demanda de atención de un alto número de sujetos depresivos (en este caso en la Clínica "San Rafael"), surge la idea de la formación de un grupo de terapia breve para proporcionar al paciente no sólo un control farmacológico, sino también una alternativa para dar continuidad a la solución de su problemática, ya que tienen verdaderas dificultades para librarse de los padecimientos tanto físicos como emocionales que provoca la depresión.

Por otro lado, la terapia breve de grupo brinda la posibilidad de tratar a un mayor número de pacientes, proporcionándoles un lapso de tiempo de mejor calidad, mayor que el dado en una revisión farmacológica, en la cual se pueda hablar abiertamente sobre sus síntomas y estados de ánimo.

## CAPITULO

### ANTECEDENTES DEL TEMA

#### 1.1 Marco Histórico

La depresión, quizá como ningún otro desorden psiquiátrico, se remonta en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad (manuscritos de los antiguos egipcios, Antiguo Testamento, enseñanzas de Hipócrates y Aristóteles, etc.). En diversos personajes de antiguos mitos así como en figuras bíblicas se describen síntomas manifiestos que hoy serían clasificados como una típica enfermedad depresiva (Bemporad, 1990a; De la Fuente y Alarcón-Segovia, 1981).

Es a Hipócrates (460?-377 a. C.) (citado en: Gómez y Avalos, 1982) a quien se debe la primera alusión a ésta, al reconocerla como una enfermedad mental junto con la epilepsia, la manía y la paranoia. En realidad, el punto de vista hipocrático sobre la depresión no es específico, sino que abarca una concepción más amplia -casi nosológica- de las enfermedades mentales. Hipócrates (citado en: Polaino-Lorente, 1985) aísla tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía.

Esto lo realiza a partir de su Teoría Humoral, la cual se apoyaba en la idea de que en la circulación existían cuatro humores líquidos, de cuyo equilibrio adecuado en el organismo dependía el buen funcionamiento del mismo. La enfermedad se originaba cuando factores internos o externos provocaban un desequilibrio entre los humores, y al predominar alguno de ellos, influía en el temperamento. El predominio de la atrabilis, llamada también melancolía o

bilis negra, daría el temperamento depresivo o melancólico (Marván, Alcalá, Chacón y Contreras, 1988).

La melancolía se caracteriza, en la versión hipocrática, por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. Como puede observarse, Hipócrates (citado en: Polaino-Loriente, 1985) subraya la sintomatología más específicamente somática. Sin embargo, el médico de Cos sugiere que tanto el miedo como la tristeza, sean o no depresivos, cuando se prolongan mucho tiempo, pueden transformarse en melancolía.

En cuanto a su tratamiento, Hipócrates (citado en: Marván et al., 1988) sugiere la mandrágora, recomendándola para "... las gentes tristes, enfermas y que se quieren estrangular, (a las que) hay que darles en una bebida por la mañana, la raíz de la planta ... a una dosis menor de la que se requiere para controlar el delirio ...".

También Aristóteles (384-322 a. C.) (citado en: Gómez y Avalos, 1982) reconoció un "temperamento melancólico", especialmente en los grandes pensadores, poetas y artistas. Él estableció que la enfermedad psíquica estaba ligada al cuerpo, y rechazó la idea de la existencia de trastornos puramente psicológicos. Así, propone un modelo físico-humoral, a partir del cual sugiere que, si la bilis es negra y moderadamente fría, conduce al vértigo y a la aprehensión, tornándose el hombre perezoso y lerdo. Por el contrario, considera que si la bilis es caliente, conduce al contento y a la alegría, provocando el deseo amoroso, la inteligencia y la locuacidad (Marván et al., 1988).

Para la cultura Greco-romana, la depresión era un padecimiento reconocido. Aretos de Capadocia (I d. C.) (citado en: Marván et al., 1988) describió a los misántropos o taciturnos como gente que evita a sus semejantes, que huyen de las viviendas de los hombres y van al desierto a vivir solos. Sugirió que la

depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis, la fiena o los demás humores. Igualmente, valoró la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad, e informa el caso de un paciente profundamente deprimido que llegó a recuperarse cuando se enamoró (Bemporad, 1990a).

Delsus (I d. C.) (citado en: Marván et al., 1988) destacó que algunas formas de locura no van más allá de la tristeza. También Plutarco (467-1207 d. C.) (citado en: Marván et al., 1988) realizó una descripción del contenido de pensamiento de aquel que sufre depresión, en quien han ocurrido una serie de cambios de percepción de la vida que son inexplicables, recurriendo a una serie de explicaciones con notable contenido metafísico. A este respecto, comenta: "Cuando un hombre está deprimido, toda pequeña desgracia es aumentada por los espantosos espectros de la ansiedad. Se mira a sí mismo como un hombre a quien los dioses odian y persiguen con ira. La peor de las suertes está ante él. (él) se sienta en las afueras de las puertas envuelto en su zarape o en sus trapos sucios. De cuando en cuando se deja rodar desnudo en la porquería, confesando sus pecados. En los festivales no siente placer. Su razón siempre esta adormilada: sus terrores siempre están despiertos."

En tal cultura, se recomendaba el heléboro como uno de los tratamientos para la depresión. Esta planta produce náuseas y vómitos y, eventualmente hemorragia. De esto se hace evidente que había un intento por desalojar del organismo algún factor responsable de la alteración. Bajo esta consideración es que se utilizaron también las sangrías, cuyo empleo se prologó durante varios siglos (Marván et al., 1988).

Más adelante, Galeno (130-2007 d. C.) (citado en: Marván et al., 1988) consideraría a la enfermedad mental como un trastorno de los espíritus animales localizados en el cerebro, cuya función se encontraba alterada por la

presencia de la atrabilis. Galeno logró identificar varias formas de depresión: "algunos deprimidos son víctimas de temores y de tristeza, pero no todos desean morir; existen otros en quienes la esencia misma de la melancolía es el miedo a la muerte."

A pesar de lo que Marván et al. (1988) plantean respecto a Galeno, Polaino-Lorente (1985) comenta que Galeno de Pérgamo apenas habla de la melancolía, al menos en el sentido psicopatológico que posteriormente llegó a adquirir. Para Galeno la discusión había que establecerla en torno a si la melancolía era un síntoma o un estado psicológico.

Este mismo autor indica que muchas de las afirmaciones que se atribuyen a Galeno en relación con la melancolía proceden de un error: haber confundido las afirmaciones de Galeno con las procedentes del escrito pseudogalénico "On Medical Definitions". En esta obra se describe la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre. Los pacientes melancólicos se presentan como temerosos, suspicaces, misántropos y cansados de la vida. En esta tipología depresiva se pone especial énfasis en la denominada "melancolía hipocondríaca", un cuadro en el que principalmente se destaca la flatulencia y las alteraciones digestivas. También se destaca el componente delusivo de algunas depresiones en las que los pacientes se experimentan como sujetos hechos de cristal o sin cabeza o como si hubieran sido envenenados. Estas aportaciones galénicas acentúan más la sintomatología hipocondríaca.

Posteriormente, durante la Edad Media, Félix Platter (citado en: Gómez y Avalos, 1982) describió la melancolía como una clase de alineación mental en la cual la imaginación y el juicio se "perdían", de tal manera que la víctima llegaba a estar triste y miedosa. Sin embargo, en general, durante el periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como acedia. No obstante, a pesar del uso de este término, su significación no es constante. En la mayoría de

los casos, la acedia se va a configurar, siguiendo la tradicional denominación, como un vicio capital más. Así, durante la Edad Media la significación de la acedia se restringe al recortado ámbito de la teología moral (Polaino-Lorente, 1985).

Igualmente, dicho término se usó en este periodo para designar también la melancolía, pero un especial tipo de estado melancólico en el que la tristeza, la pena y el abatimiento no constituían sus principales contenidos, sino más bien la pereza y la holgazanería. Inicialmente, la acedia estuvo muy vinculada al pecado de pereza. Más tarde, su significación designa también una especial lasitud, un cierto desaliento y descuido, asociándose con la tristeza y apuntando especialmente a los estados de desesperanza (Polaino-Lorente, 1985).

Durante el periodo inicial de la época medieval, la acedia es tipificada como un "estado del alma", cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la soledad de sus respectivas celdas. Aquí, la acedia produce desgano, apatía, estar a disgusto en la celda, dificultades para respirar, pereza y flojedad para acometer los trabajos propios de la clausura y de la vida recolecta. El monje comienza a pensar que jamás se sentirá bien hasta que no abandone el monasterio; el descanso se hace imposible, mientras el tiempo pasa lenta y pesadamente: desaparece la paz de la vida contemplativa, surgen las añoranzas por la compañía y las diversiones y actividades mundanas (Polaino-Lorente, 1985).

Durante la etapa tardía de la Edad Media, la acedia se extiende también a los laicos: la tristeza ha desaparecido del catálogo de pecados, y la acedia se va distanciando del concepto de tristeza (Polaino-Lorente, 1985). Como pudo apreciarse, el oscurantismo hizo que se diera marcha atrás en conceptos valiosos. Además, aparecieron modelos "terapéuticos" apoyados totalmente en supercherías que sólo aumentaron el sufrimiento de los enfermos (Marván et

al., 1988).

De modo particular, desde el Renacimiento, la melancolía designaba una especie de "locura parcial" que se oponía a los trastornos generales de la inteligencia, pero no implicaba forzosamente la tristeza.

Durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye a la acedia; la sintomatología que en el pasado caracterizaba a la acedia se metamorfosea y adquiere una nueva titularidad bajo el concepto de melancolía. La pereza, el torpor, la indolencia, son ahora de nuevo sustituidos por la pena, el desaliento y la desesperación, que constituyen los principales signos sobre los que se asentará el concepto de melancolía (Polaino-Lorente, 1985).

En el transcurso de los dos siglos siguientes, el concepto de acedia casi se volatiliza; en su lugar adquiere un uso progresivamente mayor el término melancolía. A lo largo de este proceso conceptual la melancolía queda adscrita al fin a la clínica sin ninguna connotación o remembranza de su antigua vinculación con la acedia y con el contexto religioso en que ésta surgió (Polaino-Lorente, 1985).

Todavía hasta Esquirol (citado en: Gómez y Avalos, 1982), es decir, hasta los inicios del siglo XIX, se denominaba melancólicos a un gran número de enfermos de todo tipo. Particularmente, Esquirol distinguía en el grupo de las "locuras parciales" o monomanías: una monomanía propiamente dicha con un elemento expansivo y una monomanía triste o lipemania. Pero esta lipemania representaba todavía un grupo muy heterogéneo, puesto que sucesivamente fueron aislándose el estupor y la confusión mental, las manifestaciones que más adelante constituirían la psiconeurosis obsesiva, el estupor catatónico y los delirios crónicos de persecución.

Los estados melancólicos así "aislados" fueron integrados dentro de una psicosis bien caracterizada por su evolución: la locura de doble forma, locura



circular o psicosis maniaco-depresiva. Así, los estudios sobre la melancolía se interesaron por el aspecto biológico y hereditario.

Más recientemente, en 1921, Kraepelin (citado en: Gómez y Avalos, 1982) es el primero en hablar de enfermedad maniaco-depresiva, distinguiendo muchas formas del desorden, como por ejemplo: manía, melancolía, etc. y dió descripciones clínicas excelentes de cada tipo.

### 1.1.1 En América

Pasando a América y dando un salto en el tiempo, se encuentra que no hay duda sobre el conocimiento de la depresión por parte de las culturas mesoamericanas. En los documentos legados por Sahagún (citado en: De la Fuente y Alarcón-Segovia, 1981; Marván et al., 1988) consta que los médicos precolombinos podían reconocer y distinguir entre dos tipos de depresión: la tlahuilolocoyotl o agitada y la xolopiyotl o retardada. Aparentemente se interesaban en prevenir la depresión posparto, ya que, de acuerdo con Sahagún, la comadrona practicaba lo que podía ser interpretado como psicoterapia de apoyo: le decía a la mujer que acababa de dar a luz, que había sido muy valiente y hábil.

En apoyo a estas concepciones se realizó un estudio donde fueron analizadas una serie de figurillas precolombinas, en las que el autor identificó diferentes tipos de depresión, y que será revisado posteriormente, en el desarrollo de este capítulo.

Además, existen evidencias de que en la Mesoamérica prehispánica se tenían sistematizados algunos intentos por remediar la depresión. Sahagún hizo una descripción de algunas plantas que fueron empleadas en el tratamiento de la depresión: la itzauhyatl y la quauhyayual. Estas plantas eran preparadas en

forma de tizana y dadas a beber a aquellas personas que se quejaban de tener el corazón angustiado por algún disgusto que lo estuviera oprimiendo (De la Fuente y Alarcón-Segovia, 1981; Marván et al., 1988).

Tiempo después, en 1542, el médico mestizo Agustín Farfán (citado en: Marván et al., 1988) publica un "Tratado Breve de Medicina" en el que realiza una descripción de la depresión y su tratamiento. Respecto a su origen menciona que el miembro que más padece en esta enfermedad es el cerebro y no el corazón, como algunos piensan. "Véase claro, porque la potencia imaginativa, que está en la cabeza con las demás, es la que está flaca y enferma, porque la noche de tinieblas y oscuridad el humor melancólico y lo mismo hace el espíritu animal que, con ser tan lúcido y claro, lo añubla y oscurece ...".

Respecto al tratamiento de la depresión, Farfán (citado en: Marván et al., 1988) señala que: "Si los melancólicos pudiesen vivir en tierras templadas, hacerles ya mucho al caso para su mal, anden donde hay aguas, arboledas y prados frescos. Procuren dormir de noche bien, y excúsenlo a medio día ... Procuren conversación alegre es muy provechosa la música. Coma el pan bien cocido y asentado de un día. Coma gallinas, pollos, codornices y de un poco de carnero manido y yemas de huevos pasados por agua. Si comiera algún pescado fresco, échenie sal un día antes. Puede comer cabrito y ternera, que es buen manjar para melancólicos. Lo que comiere cocido y guisado (que) lleve especias de Castilla."

Agustín Farfán (citado en: Marván et al., 1988, p. 65) también comenta que esta enfermedad es común en muchas personas y puede aquejar incluso a los jóvenes: "... qué comun es esta enfermedad en muchos y cómo los aflige y atormenta con tan graves accidentes que, apenas tiene un hombre o la mujer veinte años, cuando se quejan de melancolia y del corazón."

### 1.1.2 En México

Para los antiguos mexicanos existían tres centros anímicos mayores: el corazón, el hígado y la cabeza. Los procesos anímicos, consideraban, se efectuaban con la participación de los distintos centros y otras partes del cuerpo. En la parte superior de la cabeza (cuaitl), ubicaron a la conciencia y a la razón. En el corazón (yóllotl) localizaron todo tipo de procesos anímicos, ubicando ahí las funciones más valiosas para la persona. De ahí que la depresión fuera concebida como una enfermedad del yóllotl (Marván et al., 1988).

Para los aztecas el calendario o tonalamatl representaba un horóscopo, señalado por el día de nacimiento, el año, el rumbo y la deidad. Las personas nacidas en ciertos días como el día atl (agua) o el día acatl (caña) estaban señalados por el infortunio; esto era influido por el número, siendo los números 4, 5, 6, 8 y 9 considerados nefastos; mientras que el rumbo Norte representaba la región de los muertos (Marván et al., 1988).

Al parecer, se creía en el destino como una causa de la aparición de ciertas enfermedades, entre ellas lo que hoy conocemos como depresión. Desafortunadamente, aunque se han estudiado diversos documentos en busca de mayor información al respecto, hay pocos trabajos que se refieran a la depresión entre los habitantes precolombinos. Sin embargo, no cabe duda de que los escultores indígenas eran buenos observadores y sabían caracterizar los estados de la mente.

Es con base en esta opinión que se buscan datos de depresión en el arte precolombino mexicano. A pesar de que la depresión puede no haber sido identificada siempre como tal por los habitantes precolombinos de México, De la Fuente y Alarcon-Segovia (1981) presentan evidencia de que la sabían

reconocer, trataban de prevenirla y probablemente tenían algún tipo de tratamiento para ella.

Esto lo realizaron recopilando material para detectar las representaciones de enfermedad expresadas en las figuras de cerámica precolombinas. Entre ellas, encontraron cuatro figuras de cerámica que representan sujetos en los que la depresión se encuentra claramente caracterizada. Cabe aclarar, que no siempre fue posible distinguir entre las características patológicas y los rasgos estilísticos, aunque se cree que algunos rasgos estilísticos son representaciones involuntarias de la enfermedad. También se encontraron figuras con expresión de tristeza o de pena, de las que no se habla en el artículo. En cuanto a las cuatro figuras se menciona:

- Figura 1. En ella se aprecia perfectamente la depresión posparto. La figura representa a una persona sumida en una profunda pena, muy deprimida, con un rostro triste y que da la impresión de un desaliento total. Esta figura pertenece a la cultura del occidente de México (Nayarit) del periodo clásico temprano (100 a. C. a 250 d. C.), conocida como el Complejo de las Tumbas de Tiro, porque las figuras generalmente estaban en cámaras funerarias profundas.
- Figura 2. La anciana que se muerde los dedos parece representar una depresión agitada (melancolía involutiva). Entre las características de este trastorno se encuentran: la edad, la agitación psicomotriz y la melancolía "o billis negra". La senectud y morderse la mano con tanta angustia son ilustrativos. Esta estatuilla pertenece al periodo clásico tardío (600-900 d. C.) de la cultura maya, y fue encontrada en 1957 en la isla de Jaina, frente a la costa de Campeche.
- Figura 3. El hombre sombrío, taciturno y abatido parece la imagen de

una depresión retardada. Se podría incluso pensar que está aquinético y anhedónico. La profundidad de su depresión recuerda las palabras de Celsus (I d. C.) (citado en: De la Fuente y Alarcón-Segovia, 1981): Algunas formas de locura van más allá de la tristeza. Esta estatuilla pertenece a la cultura de las Tumbas de Tiro del occidente de México y se encontró en Colima, cerca de la costa del pacífico. Es representativa del periodo clásico temprano (alrededor del año 100 d. C.).

- Figura 4. Este es un ejemplo de depresión involutiva. Ilustra el afecto imperturbable, el silencio, la mirada baja y el labio caído; todo ello característico de la depresión. Su mirada recuerda la descripción de Galeno (citado en: De la Fuente y Alarcón-Segovia, 1981) del estado melancólico: Tener y desear la muerte al mismo tiempo. Esta figura es del centro de Veracruz, en la costa del Golfo de México. Pertenece al periodo clásico tardío (559-950 d. C.) de la cultura de la Costa del Golfo.

Estas esculturas prueban que los habitantes precolombinos de Mesoamérica podían reconocer los profundos cambios por los que pasan las personas deprimidas. Dichas esculturas son testimonio de que sus autores podían comunicar y expresar los estados de la mente, capacidad que aparece tardíamente en el arte de otros sitios. Por lo tanto, parece ser que las manifestaciones de enfermedad, incluidos los trastornos mentales, no pasaban inadvertidos para los habitantes que trabajaban en Mesoamérica mucho antes de la llegada de los españoles. Es posible que su interés por el reconocimiento y el manejo de la enfermedad psiquiátrica contribuyera posteriormente a la fundación, en 1566, del primer hospital de América para el estudio y cuidado de los trastornos mentales, por el misionero español Fray Bernardino de

Alvarez (citado en: De la Fuente y Alarcón-Segovia, 1981).

## 1.2 Desarrollo del Concepto

El propósito de esta revisión es destacar aspectos de la evolución del concepto de la depresión. Con el propósito de evitar una interpretación errónea sobre las ideas y conceptos vertidos por los autores, a menudo se transcriben de manera íntegra los textos originales, particularmente por cuanto toca a las descripciones de la sintomatología del deprimido.

Algunos de los principales conceptos de la depresión ya fueron revisados en el apartado anterior. Aquí se mencionan los aspectos que los complementan, para lo cual se toma como base a uno de los autores, que a este respecto, nos brinda un panorama completo: Bemporad (1990a).

La depresión es un fenómeno del que se tienen registros que datan de hace siglos. La importancia de tales registros reside en que ellos demuestran que la sintomatología del desorden afectivo ha seguido siendo esencialmente la misma durante veinticinco siglos. No obstante la constancia histórica de la descripción sintomatológica, las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han ido modificando permanentemente, como reflejo de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época.

Si bien cabe a Hipócrates (citado en: Bemporad, 1990a) la prioridad de la descripción de la depresión, fue Areteo de Capadocia (citado en: Bemporad, 1990a) quien formuló el cuadro más completo y notablemente moderno de este desorden. Areteo, así, parece haberse anticipado diecisiete siglos a Kraepelin (citado en: Bemporad, 1990a) al asociar manía y depresión, y al considerar ambas como parte de una única entidad nosológica. Incluso puede haber sido más exacto que Kraepelin en cuanto al pronóstico, ya que observó que la enfermedad

recurria a pesar de las remisiones, y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura.

Desafortunadamente, este prometedor estudio sobre la depresión iniciado por Areteo (lo mismo que por Celso, que la describió en numerosos escritos) no fue continuado por sus sucesores inmediatos. Galeno (citado en: Bemporad, 1990a) desarrolló una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, teoría que se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media. Recién en el Renacimiento resurgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas. Esto ocurrió en Inglaterra, donde aparentemente hubo una epidemia de melancolía, a juzgar por la cantidad de trabajos sobre el tema aparecidos en este breve período. Timothy Bright (citado en: Bemporad, 1990a) publicó su "Treatise on Melancholia" en 1586, y veinte años más tarde se conoció "Optick Glass of Humours", de Thomas Walkington (citado en: Bemporad, 1990a), que se ocupó en detalle de la "constitución melancólica" resultante de los humores y el efecto de los planetas. Por último, en 1621 Robert Burton (citado en: Bemporad, 1990a) terminó su "Anatomy of Melancholy".

Por entonces, los médicos del resto de Europa redescubrían que melancolía y manía suelen alternar en el mismo individuo. Bonet (citado en: Bemporad, 1990a) en 1684, Schact (citado en: Bemporad, 1990a) en 1747 y Herchel (citado en: Bemporad, 1990a) en 1768 fueron algunos de los que asociaron ambos desórdenes como parte de una única entidad diagnóstica.

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como causada por agentes fisiológicos, más que por posesión demoniaca. En 1851, Falret (citado en: Bemporad, 1990a) diferenció entre la melancolía ordinaria y su variedad episódica; tres años más tarde Baillarger (citado en: Bemporad, 1990a) hizo una observación similar. Falret acuñó también la expresión "folie circulaire"

y describió periodos de normalidad en algunos pacientes, en contraste con la gradual pero irreversible degeneración que sufrían otros. Algunos de los aportes importantes de Falret fueron sus observaciones acerca del probable carácter familiar de la depresión recurrente y su mayor incidencia en las mujeres.

Es por este tiempo cuando Kraepelin (citado en: Bemporad, 1990a) establece un sistema nosológico que hasta hoy continúa en vigor. Discriminó los elementos comunes entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. En ésta última incluyó una variedad de desórdenes depresivos: psicosis intermitente, manía simple, algunos casos de confusión, la mayor parte de los casos de melancolía y algunos casos de desórdenes leves del carácter precursores de perturbaciones más graves. Globalmente, distinguía cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maníacos, estados mixtos y estados fundamentales, esto es, desórdenes del carácter experimentados entre, antes o en lugar de los ataques maniaco-depresivos.

La gran contribución de Kraepelin (citado en: Bemporad, 1990a) a la psiquiatría fue el ordenamiento del caos nosológico que reinaba antes. En su búsqueda de un sistema de clasificación operativo, Kraepelin se basó en el modelo médico, considerando que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica aún no identificada pero cierta, un curso característico y un desenlace predecible. En un sentido, Kraepelin creó una psiquiatría de resultados finales, utilizando el pronóstico como principal criterio diagnóstico.

Aunque el sistema de Kraepelin (citado en: Bemporad, 1990a) fue recibido como un adelanto valioso y su aplicación se difundió ampliamente, se le



criticó que en vista de las innumerables influencias (externas e internas) que se ejercen sobre todo individuo, es imposible sostener con certeza un pronóstico estrictamente determinista. En sus últimos escritos Kraepelin admitió que un cierto porcentaje de casos no seguía el curso prescrito.

Uno de los críticos fue Adolf Meyer (citado en: Bemporad, 1990a), cuyo sistema de clasificación se basaba en una categoría más amplia de tipos reactivos. En él, daba preeminencia a la influencia de las circunstancias existenciales, más que a las condiciones estrictamente orgánicas. Descartó por completo el modelo de enfermedad, prefiriendo considerar los desórdenes psiquiátricos como reacciones específicas de un individuo ante una sucesión de circunstancias existenciales.

Después, y paralelamente a los estudios biológicos y neurofisiológicos, la melancolía (como la manía) ha sido objeto de análisis psicológicos, especialmente por parte de los psicoanalistas (Abraham, 1911; Freud, 1915; etc.) y fenomenólogos como Minkowski, Strauss, Digo, etc. (Ey, Bernard y Brisset, 1987).

En 1904, Meyer (citado en: Bemporad, 1990a) objetó el término melancolía, afirmando que daba un sello de certeza a un estado vago acerca del cual poco se sabía, y sugiere denominar depresión a dicho desorden, por lo menos hasta que se contara con evidencias positivas de enfermedad (como patología cerebral). Probablemente esto reflejaba una tendencia cada vez más marcada dentro de la psiquiatría, con fundamento en las recientes revelaciones del psicoanálisis, cuyos adherentes buscaban trascender las manifestaciones superficiales de enfermedad, hasta llegar al núcleo oculto de patología, para explicarlo entonces en términos psicológicos.

Aunque la nosología de Kraepelin (citado en: Calderón, 1987), con pequeñas modificaciones de detalle, ha constituido hasta hoy el hilo director,

la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la "Clasificación Internacional de las Enfermedades" (International Classification of Diseases o ICD). El incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomáticos obviamente no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos a establecer un nuevo grupo en la "IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades" (ICD-9), que empezó a ser utilizada en enero de 1979. Este grupo, bajo el rubro 311 y con el nombre de trastorno depresivo no clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico penoso y molesto, pero definitivamente curable con los recursos médicos actuales.

Por otro lado, la Asociación Americana de Psiquiatría, con base en el empleo sistemático de la noción de "tipos de reacción" propuesta por Adolf Meyer (citado en: American Psychiatric Association, 1987) sugiere una nosología única: "Manual Diagnóstico y Estadístico" (DSM). La edición actualmente empleada (DSM-III) aparece en enero de 1980. En ésta se hace referencia a la depresión como un trastorno afectivo, que "comprende una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico."

### 1.3 Cultura y Depresión

Como ha podido observarse a lo largo de este capítulo, en cada cultura se encuentran esfuerzos por determinar las causas de la depresión. Estos inventos van desde la emisión de una teoría humoral, hasta la predeterminación mediante la interpretación de los horóscopos; pasando desde luego por explicaciones en que se aborda el funcionamiento del sistema nervioso.

Por otro lado, es bien sabido que el estudio de los desórdenes psiquiátricos debe tomar en consideración los factores sociológicos y culturales, ya que una sociedad concuerda con ciertas ideas y valores que promueven o inhiben otras ideas, acciones y emociones. En este sentido es importante estudiar de qué modo un particular sector de la atención y el interés social está vinculado con el desencadenamiento de la depresión.

En un estudio realizado en 1981 por Jablensky, Sartorius, Gulbinat y Ernberg (citados en: Gómez, 1981) se pretendía determinar si las características de los pacientes depresivos tienen algo que ver con la cultura a la que pertenecen. Con este fin, se estudiaron 573 pacientes que presentaban al menos dos de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, sentimientos de minusvalía, desesperanza, hipocondriasis, ansiedad, pensamientos suicidas, sentimientos de disminución de habilidades, autoacusación o culpa e incapacidad de sentir o de gozar. Los pacientes eran de las ciudades de Basilea, Teherán, Montreal, Tokio y Nagasaki.

Los resultados indican que del 76 al 100% (Gómez, 1981):

- De todos los pacientes presentaron tristeza, ausencia de júbilo, ansiedad y falta de energía.
- Excepto los pacientes de Teherán, los demás presentaron pérdida de la capacidad de concentración.
- Los de Basilea, Nagasaki y Montreal presentaron tensión, disrupción del funcionamiento social, pérdida de interés e ideas de insuficiencia.
- Los pacientes de Basilea presentaron incapacidad para conciliar el sueño y falta de apetito.
- Los pacientes de Nagasaki presentaron lentitud y retardo en el pensamiento, retardo psicomotriz, incapacidad para conciliar el sueño, sueño inquieto y sentimientos de presión y dolor.

En general, el 51-75% de los pacientes presentó desesperanza, agresividad e irritabilidad, disrupción del funcionamiento social, lentitud y retardo del pensamiento, indecisión, cambio en la percepción del tiempo, ideas suicidas, retardo psicomotriz, pérdida de contacto, disminución de la libido, despertar temprano, incapacidad para conciliar el sueño, sueño inquieto, pérdida del apetito, cambio en el peso corporal y sentimientos de presión y dolor (Gómez, 1981).

El 59% de los pacientes estudiados presentó ideas suicidas. La frecuencia más alta se encontró en Montreal y Nagasaki (70%) y la más baja en Teherán y Tokio (41%).

En general, los perfiles sintomatológicos tendieron a ser similares en los pacientes de las diferentes ciudades. Esta investigación presenta evidencia inequívoca de que el síndrome característico de la depresión, descrito desde la época de Hipócrates, existe de manera semejante en las diferentes culturas.

## CAPITULO

### LA DEPRESION

Durante mucho tiempo, la depresión ha sido un fenómeno que ha llamado la atención de filósofos, médicos, psiquiatras, psicólogos, etc. (Gómez y Avalos, 1982). En el lenguaje cotidiano, el término depresión se utiliza para referirse a una sensación, a la reacción ante una situación y al estilo de conducta característico de una persona. A la sensación de depresión se le conoce generalmente como "melancolía pasajera", que puede ocurrir cuando se ha reñido con un amigo. A menudo, los eventos que la gente cree que van a ser felices, pueden terminar con estos sentimientos melancólicos. Las personas suelen experimentar la sensación de depresión sobre todo en días festivos, como en Navidad y Año Nuevo; después de cambiarse de casa, o después del nacimiento de un hijo (Sarason y Sarason, 1984).

Otra clase de depresión consiste en el pesar o el luto que sigue a la muerte de un familiar; o en la desilusión que queda al concluir una aventura amorosa. Después de la muerte de un ser querido, la mayoría de los deudos experimentan gran aflicción. Las características comunes del pesar incluyen síntomas físicos de congoja, como los suspiros, la tirantez en la garganta, sensación de vacío en el estómago y un sentimiento de debilidad muscular. Además, pueden quedar imágenes visuales de la persona muerta, y reacciones de hostilidad y culpabilidad. Durante el proceso de duelo, la culpabilidad, la hostilidad, los sentimientos de pérdida, y los síntomas físicos, generalmente desaparecen después de un tiempo (Sarason y Sarason, 1984).

En un estudio reportado por Sarason y Sarason (1984), se encontró que el

33% de los deudos de una persona pueden clasificarse clínicamente como deprimidos un mes después de la muerte y sólo el 17% seguían en esta categoría un año más tarde. Sin embargo, la muerte de una persona significativa suele tener un efecto adverso en la salud de los deudos. Incluso si han podido recuperarse emocionalmente, quedan propensos a la enfermedad por lo menos durante dos años.

Los sentimientos de depresión provocados por las fechas significativas y los cambios de domicilio, de escuela o de trabajo, con frecuencia se desvanecen con rapidez después de que ha pasado el evento, o cuando la persona se acostumbra al nuevo lugar en que se encuentra. Para la mayoría de la gente, estas circunstancias parecen implicar sólo una tristeza temporal no incapacitante, que desaparece cuando cambia la situación (Sarason y Sarason, 1984).

Como casi toda la gente se ha sentido deprimida alguna vez, estos sentimientos solos no son suficientes para justificar un diagnóstico de trastorno emocional. Así, cabe cuestionarnos: ¿dónde termina la depresión "normal" y dónde comienza la depresión "clínica"? Los sentimientos y el estado de ánimo, por sí solos no nos permiten distinguir entre depresión normal y clínica, pues ambas se caracterizan por la tristeza.

La depresión clínica es un problema de conducta desadaptada, mucho más grave y mucho menos común que la melancolía temporal que todos sentimos de vez en cuando (Sarason y Sarason, 1984).

## 2.1 Tristeza, Duelo y Depresión

En la actualidad y dados los distintos enfoques terapéuticos se destacan las diferencias entre tristeza, duelo y depresión. Sin embargo, para hacer más

clara esta distinción es necesario revisar lo que el psicoanálisis ha indicado acerca de la depresión.

### 2.1.1 Primeras Contribuciones del Psicoanálisis

Uno de los principales motivos de la atracción que el psicoanálisis ejerció sobre los psiquiatras fue el énfasis que puso en que la enfermedad mental no es simplemente la manifestación externa de una patología cerebral, sino un desorden cuyos síntomas son de origen psicológico y tienen un significado. Pero, más allá de la teoría de la naturaleza humana de Freud (citado en: Bemporad, 1990a), hay una búsqueda de las causas de la enfermedad. Independientemente de que se adopte o no el punto de vista ortodoxo, se recibe la influencia de la indagación psicoanalítica respecto a los motivos ocultos de la conducta.

Y fue debido a la necesidad de probar la existencia de motivaciones ocultas que los primeros psicoanalistas se ocuparon de desórdenes tales como la histeria o la neurosis obsesivo-compulsiva que, desde su punto de vista, podían ofrecer evidencias más directas de conflictos inconscientes. De inicio, ignoraron la depresión, que no se manifiesta mediante síntomas dramáticos aptos para ser interpretados como el reflejo de problemas más profundos. No obstante, después Freud (citado en: Bemporad, 1990a) volvió su atención a la depresión, llegando a formulaciones tan imaginativas y revolucionarias como las vertidas para otros desórdenes.

Resulta importante detallar estas primeras investigaciones, pues es innegable su influencia sobre las ulteriores actitudes psiquiátricas frente a los desórdenes afectivos.

Es en 1911 que Karl Abraham (citado en: Bemporad, 1990a) publicó la que

sería la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión, donde la compara con ansiedad, ésta última vista como el resultado de instintos reprimidos. Él comenta: "mientras la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales.". Además, en la depresión la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y se desespera de no llegar a una intimidad emocional.

Abraham (citado en: Bemporad, 1990a) confirma esta formulación presentando seis casos de pacientes deprimidos tratados por él. En ellos observa la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos, encontrando en ambos desórdenes, una profunda ambivalencia hacia los demás, en la cual la búsqueda de amor está bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez están reprimidos debido a la incapacidad del individuo de reconocer su extrema hostilidad. Las relaciones interpersonales del depresivo reflejan este odio reprimido que está enraizado en la libido bloqueada. Así, los procesos dinámicos internos del depresivo se pueden verbalizar de la siguiente manera: "No puedo amar a las personas; debo odiarlas.". Este reconocimiento del odio es inaceptable y debe ser reprimido; por lo tanto, la hostilidad se proyecta en los demás y el pensamiento consciente pasa a ser "las personas no me aman; me odian.". Esta formulación resulta aceptable y es además reforzada por la racionalización de que algún imaginado defecto innato justifica el hecho de ser odiado.

Además, Abraham (citado en: Bemporad, 1990a) hace una aclaración sorprendente: la culpa masiva del depresivo se debe a sus reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes. Menciona también que algunos depresivos parecen gozar de los autorreproches y el sufrimiento, que les



permiten concentrar todos sus pensamientos en sí mismos.

La importancia de su trabajo radica en que representa un esfuerzo por incluir los desórdenes afectivos en el dominio de la comprensión psicoanalítica, y aún cuando se limite a las formulaciones existentes en aquella época, como represión y proyección, logra identificar aspectos significativos de la enfermedad depresiva. Retrospectivamente, puede decirse que sus formulaciones no toman en cuenta la participación de los otros en la etiología y el mantenimiento del episodio depresivo, es decir, no mencionan la significación de la pérdida objetal.

Cinco años después, Abraham (citado en: Bemporad, 1990a) publicó su segunda contribución al estudio de los desórdenes afectivos: "La Primera Etapa Pre-genital de la Libido". En ella, manifiesta su propósito de dar sustento clínico a las teorías expuestas por Freud (citado en: Bemporad, 1990a) en sus "Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual", publicada en 1915. Abraham emprende así la tarea de demostrar el modo en que la depresión puede ser integrada en la formulación de la regresión a un particular periodo libidinal del desarrollo.

Abraham (citado en: Bemporad, 1990a) considera que la depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual. La similitud entre la fase oral y la depresión se halla en la modalidad de descarga libidinal y en una modalidad característica de vínculos objetales. Freud (citado en: Bemporad, 1990a) señaló que en el individuo fijado a la etapa oral, la modalidad predominante de relaciones inconscientes estaba caracterizada por la introyección. Según Abraham, el depresivo hace algo más que incorporar al objeto psíquico: tiende a devorarlo y arrasarlo. Es ese deseo de destruir al objeto oralmente lo que explica dos de los principales síntomas de la depresión: la negativa a alimentarse (es decir, la equiparación del alimento

con el objeto de amor que el individuo teme que habrá de destruir) y el temor a morir de hambre (consecuencia del temor a concretar los deseos de destrucción oral).

Este trabajo tiene el mérito de postular la participación de la introyección en la depresión, que anticipa el siguiente aporte de Freud (citado en: Bemporad, 1990a) a este tema. También es de valor la ampliación que sugiere Abraham para las etapas libidinales, haciéndolas incluir modalidades de vínculos objetales, más que simplemente modalidades de gratificación libidinal.

En 1924 surge la tercera contribución de Abraham (citado en: Bemporad, 1990a), que continúa rastreando los orígenes del desorden en una fijación a la etapa oral, a pesar de que para ese tiempo Freud (citado en: Bemporad, 1990a) ya había publicado sus propios puntos de vista sobre la melancolía. En esta publicación la intención de Abraham se orienta a organizar una tipología de enfermedad basada en la fijación a distintas etapas libidinales. Propone entonces que el depresivo regresa a un temprano periodo pregenital donde destruye realmente al objeto psíquico internalizado. Para explicarlo postula dos subfases en la etapa anal: una ulterior cuya característica es la retención y una previa cuya característica es la expulsión. Sugiere que con el correr del tiempo el individuo trata a su objeto de amor internalizado del mismo modo en que trató originalmente a lo que fue "su primera propiedad exclusiva", es decir, sus heces, y señala que el depresivo regresa a al subfase anal anterior, por lo que inconscientemente expulsa y pierde a su objeto de amor. Como consecuencia, le queda una sensación de vacío interior que desesperadamente trata de compensar mediante la incorporación oral, a manera de intentos de reincorporar a objeto de amor destruido.

Aunque los esfuerzos de Abraham (citado en: Bemporad, 1990a) en esta

contribución se dirigen a precisar los puntos de fijación para la psicopatología posterior, busca también integrar las teorías más recientes de Freud (citado en: Bemporad, 1990a), especialmente el ensayo "El Duelo y la Melancolía". Abraham asocia la incorporación reparativa del objeto de amor, que en la depresión sigue a la pérdida, con la consecuente relación ambivalente con dicho objeto introyectado. Comenta también que el objeto perdido es tratado como parte del yo, lo que determina una actitud ambivalente del individuo depresivo hacia sí mismo; así lo demuestran sus autorreproches durante los episodios depresivos y su sentimiento de superioridad durante los intervalos de normalidad.

Habiendo entrelazado sus investigaciones con las ideas de Freud (citado en: Bemporad, 1990a), Abraham (citado en: Bemporad, 1990a) pasa al estudio de la etiología, donde señala la frecuente correlación entre el comienzo de una depresión y un desengaño amoroso. El análisis de estos casos muestra que el rechazo tuvo un marcado efecto patógeno, porque fue sentido en el plano inconsciente como una repetición de la pérdida de un objeto de amor en la infancia. Esta temprana experiencia traumática es un fuerte predisponente etiológico a posteriores depresiones subsecuentes a cualquier pérdida. En general, considera los siguientes factores predisponentes:

- 1) Un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral.
- 2) Una especial fijación al nivel oral, expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación, etc.).
- 3) Un daño severo al narcisismo infantil producido por diversos desengaños amorosos, que llevan al prototipo infantil de depresión denominado "paratimia primaria".

4) Aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados.

5) Repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida.

La posición final de Abraham (citado en: Bemporad, 1990a) respecto a la depresión queda resumida en las siguientes palabras: "Cuando la persona melancólica sufre un insoportable desengaño infligido por su objeto de amor, tiende a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumplo a continuación el acto de introyectarlo y devorarlo, acto que es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista. Su sádica sed de venganza puede satisfacerse ahora atormentando al yo, actividad que es en parte fuente de placer."

#### 2.1.2 Duelo y Melancolía

No es exagerado afirmar que el ensayo de Freud (citado en: Bemporad, 1990a) "El Duelo y la Melancolía", publicado en 1917, cambió el curso del psicoanálisis. En él, Freud postula por vez primera mecanismos patológicos en los que no interviene un desarreglo de la sexualidad. Además, habla de "relaciones objetales" más que de represión, bosqueja una instancia que habrá de convertirse en el superyó y atribuye al yo una mayor participación en la patología.

Según Jones (citado en: Bemporad, 1990a), en 1914 Freud ya había mostrado interés en la depresión, pues esta obra la escribió en 1915, aunque apareció hasta 1917 debido a la guerra. Freud comienza manifestando que la melancolía puede caracterizar a diversos desórdenes, y advierte también que el reducido grupo de pacientes en el que basa sus hallazgos quizá no sea suficiente para hacer generalizaciones válidas.

Respecto al duelo y la melancolía señala que en ambos hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo, sólo en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a autorreproches y a expectativas irracionales de castigo. Además, el melancólico tiene una noción vaga de la naturaleza de su pérdida y es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento. Aun cuando sabe quién es la persona perdida, no tiene en claro "qué es lo que ha perdido con ella" (Bemporad, 1990a).

Para Freud (citado en: Bemporad, 1990a), la sensación interna de pérdida se encuentra en lo inapropiado de los autorreproches que:

- 1) Generalmente tienen un contenido moral.
- 2) Son evidentemente injustificados.
- 3) Son expresados de manera pública y sin vergüenza.

Según Freud (citado en: Bemporad, 1990a), esto se debe a una escisión del yo del individuo melancólico, en virtud de la cual un sector yoico se opone al otro, lo enjuicia y lo contempla como un objeto externo. Partiendo de estos datos clínicos, Freud sugiere que los autorreproches no están dirigidos en realidad hacia la propia persona, sino hacia alguien que el paciente ama, amó o debería haber amado. En consecuencia, el individuo melancólico no necesita avergonzarse, ya que las recriminaciones están destinadas a otra persona. Por otra parte, no obstante sus protestas, el melancólico no actúa como una persona sin valor y se ofende constantemente como si hubiera sido objeto de grave injusticia.

Freud (citado en: Bemporad, 1990a) postula que en la infancia el futuro melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La ruptura de la relación fue

seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto, quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista. Por el contrario, esta libido se retrajo hacia el yo. Sin embargo, se produjo una identificación entre un sector del yo y el objeto abandonado, identificación en la cual la libido quedó absorbida. De ahí que la efigie internalizada del objeto perdido recibe los sentimientos ambivalentes del individuo y se convierte en blanco del desdén y el odio que habrían sido dirigidos contra el objeto perdido.

Las siguientes pérdidas reactivan la pérdida original y hacen que la furia del paciente se descargue contra el objeto que infligió la decepción original, que ha quedado fusionado con parte de su propio yo. En casos extremos, el sadismo es tan fuerte que el paciente llega al suicidio en su afán de destruir por completo la imagen interna del objeto. Para la mayoría de los melancólicos basta la gratificación derivada de despreciar la imagen, lo cual se manifiesta clínicamente como autorreproches. Cuando la furia se ha agotado o cuando la imagen objetal ha sido abandonada por carecer ya de valor, la enfermedad pasa, hasta que una nueva pérdida reinicia todo el proceso (Bemporad, 1990a).

En síntesis, Freud identifica tres factores condicionantes para la melancolía: la pérdida del objeto, un alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo. Aunque los tres factores son necesarios, solo el último es específico de la melancolía.

Freud fue capaz de percibir que en la depresión una persona afecta profundamente el estado mental de otra, y que la pérdida de esa persona trae como consecuencia una pérdida interna para el individuo depresivo. Reconoció así la naturaleza interpersonal del desorden y la estrecha conexión entre mantenimiento de la autoestima y mantenimiento de una buena relación.

Para finalizar, cabe destacar lo que de tristeza, duelo y depresión comentan Marván et al. (1988): "La tristeza es una emoción corriente que va ligada a vivencias cotidianas. En el duelo existe una causa clara también, pero las manifestaciones emocionales son más intensas que en la tristeza.". La duración e intensidad del duelo están determinadas por los rasgos culturales y de personalidad de cada individuo. El duelo se limita en duración y rara vez produce un trastorno grave de las actividades habituales o desprecio de la persona hacia sí misma; no se asocia con pensamientos suicidas. Cualquier variación de este cuadro en cuanto a duración e intensidad de los síntomas, se considera depresión.

## 2.2 Alteraciones y Trastornos

Para el desarrollo de este apartado se considerará lo mencionado por Marván et al. (1988), que brindan una amplia descripción de las alteraciones y trastornos de la depresión.

En cuanto a los trastornos indican que se pueden dividir en cuatro grupos:

a) Trastornos afectivos.- Consisten en una indiferencia afectiva, tristeza, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad e irritabilidad.

b) Trastornos intelectuales.- Consisten en una disminución de la sensorpercepción y de la capacidad de memoria, relacionadas con una baja de la atención y comprensión, asociada a ideas de culpa o fracaso y una obsesividad del pensamiento.

c) Trastornos conductuales.- Se reflejan por una disminución de la actividad y de la productividad. En este punto resultan de gran peligro las ideas suicidas, así como la tendencia al abuso de fármacos.

d) Trastornos somáticos.- Afectan a cualquier aparato o sistema del organismo, bajo la forma de sensaciones y dolencias vagas en las que no se detecta una base anatomopatológica definida. Este último grupo de alteraciones suelen ser la única manifestación de la depresión en la forma larvada.

La depresión afecta no sólo la percepción que de sí mismo y del medio tiene el enfermo; se afecta el funcionamiento de diversos sistemas. En el deprimido aparece una mayor susceptibilidad a infecciones, lo que revela alguna relación entre la disfunción cerebral responsable de la depresión con el sistema inmunológico. En comparación a la población sana, en los hombres y mujeres deprimidos, la mortalidad es tres y dos veces más alta, respectivamente. Existe una mayor susceptibilidad de los pacientes deprimidos a desarrollar otras enfermedades y una tendencia alta a los accidentes y al suicidio (Marván et al., 1988).

Esto no es extraño, ya que en 1977, Engel (citado en: Calderón, 1987) llamó la atención sobre la abrumadora evidencia de que las emociones, conflictos, tensiones y actitudes de los individuos eran capaces no sólo de modificar su conducta, sino también de desencadenar y modificar la evolución de muchas enfermedades. En muchos de estos cuadros se puede identificar una depresión como factor determinante o desencadenante del cuadro.

En el deprimido se encuentran alteraciones del sueño, e inclusive se ha propuesto que el acortamiento de la latencia de aparición del primer estadio REM del sueño se puede considerar como una característica de la depresión endógena, ya que (Marván et al., 1988):

a) El acortamiento de la latencia de la fase del sueño REM se presenta en la mayoría de los pacientes deprimidos que no han tomado sedantes menores e hipnóticos.

b) Se ha observado en pacientes psicóticos con diversas alteraciones



afectivas asociadas.

c) Está presente hasta la remisión de la sintomatología depresiva.

d) Es independiente de la edad (excepto en la 1a. infancia que no hay REM con estas características) y de los fármacos usados.

e) Se presenta tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos que se atienden en consulta externa por depresión.

Es común observar, además del acortamiento de la latencia de aparición del primer estadio de sueño REM (Marván et al., 1988):

a) Aumento de la densidad de movimientos oculares rápidos, específicamente durante el primer periodo REM.

b) Aumento del número de veces que se despierta a lo largo de la noche.

c) Disminución de las fases del sueño que se caracterizan por un EEG con ondas lentas, es decir, los estadios 3 y 4 del sueño.

d) Aumento de periodos de sueño REM.

Según reporta Polaino-Lorente (1985), el análisis de las características del sueño ha probado que en los depresivos esta actividad se inicia más tardíamente, decrece el total de horas de sueño y aparecen frecuentes activaciones durante la noche. En los depresivos la duración del sueño es menor que en los sujetos normales (5.5 hrs. frente a 7.2 hrs.), a la vez que se incrementa la movilidad del paciente durante el sueño, como se ha comprobado midiendo mecánicamente la movilidad de la cama sin que exista contradicción entre los autoinformes de los enfermos y el registro observacional de la enfermera.

Pasando al sistema endócrino, está definido que en una población sana los niveles circulantes de cortisol se elevan por la noche. Este aumento ultradiano de secreción es bloqueado si se administra un corticoide sintético, la dexametasona. En algunos pacientes deprimidos el fenómeno no aparece; la

prueba es conocida como la "supresión por dexametasona", y para algunos autores representa una característica de la depresión. Más recientemente, se ha puesto en duda la validez de la prueba de supresión por dexametasona como un rasgo característico de la depresión (Marván et al., 1988).

También en el renglón endocrinológico, en algunos pacientes deprimidos cuando se inyecta insulina aparece hipoglucemia, pero no hay cambio en los niveles de hormona del crecimiento que caracteriza la respuesta. De manera semejante en el deprimido no ocurre el fenómeno de liberación de algunas hormonas tiroideas que aparece en poblaciones sanas a las que se inyecta el factor liberador de estas hormonas (Gómez, 1981a; Marván et al., 1988).

Marván et al. (1988) comentan que las anteriores observaciones señalan alteraciones del funcionamiento de varios sistemas en la depresión. Podría ser el caso que algunas de éstas definieran subpoblaciones de deprimidos, pero de cualquier manera están indicando que "la depresión es un padecimiento que afecta a todo el organismo."

### 2.3 Clasificación

No es posible llegar a una clasificación adecuada de los padecimientos psiquiátricos, mientras no se identifique el sustrato anatómico funcional subyacente. A pesar de que dicho sustrato no está esclarecido y de que existen algunas discrepancias entre las distintas clasificaciones, éstas resultan útiles para definir el diagnóstico, lo que permite el establecimiento de la estrategia terapéutica a seguir (Marván et al., 1988):

a) La "X Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades" (ICD-10), incluye dentro de los trastornos afectivos seis categorías que a su vez comprenden doce subtipos de trastornos depresivos.

b) En el Manual sancionado por la American Psychiatric Association, denominado DSM-III, los trastornos afectivos se clasifican en trastornos afectivos mayores, otros trastornos afectivos específicos y trastornos afectivos atípicos. Cada uno contiene dos categorías que a su vez suelen incluir subcategorías.

Sin embargo, Pichot (citado en: Marván et al., 1988) señala que a pesar de que los manuales diagnósticos actuales tienen una base estadística, destacan algunas tendencias a volver a una división más simple de la depresión:

a) La orgánica o endógena, que sería aquella depresión secundaria o simultánea a alguna alteración somática cuyo sustrato está por definir.

b) La psicógena o reactiva, que sería la que aparece como consecuencia de alguna vivencia cotidiana extraordinaria.

Calderon (1987) comenta que en la práctica es difícil distinguir los límites entre estos dos supuestos subgrupos, y refiere como depresión endógena a aquella en la que no hay factores desencadenantes evidentes; y como depresión exógena o reactiva a aquella en la que aparecen causas ambientales o psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios.

En cuanto a la depresión que aparece en los extremos de la vida, la infancia y la senectud, reciben los términos de anaclítica e involutiva, respectivamente (Marván et al., 1988).

#### 2.4 Incidencia

Con respecto a la incidencia de la depresión, se ha determinado que la endógena es más frecuente en los adultos jóvenes de entre 20 y 25 años de edad y afecta más al sexo femenino. En 1984 se realizó un estudio en tres

poblaciones norteamericanas y se encontró que uno de cada 20 individuos adultos ha sufrido un episodio de depresión mayor, mientras que uno de cada 30 han cursado por episodios distímicos, de acuerdo a la nomenclatura establecida en el DSM-III (Marván et al., 1988).

Las mujeres son afectadas más frecuentemente que los hombres (Ey, Bernard y Brisset, 1987). A este respecto, Buendía (1989) comenta que, independientemente del lugar, en los estudios llevados a cabo se ha observado que los trastornos depresivos son más habituales en mujeres que en hombres (10% de mujeres y 5% de hombres, aproximadamente).

Según Calderon (1987), esto puede deberse a que en la mujer, la represión de las necesidades y de los instintos biológicos básicos (como el sexual) es más rígida, es decir, su vida psicosexual está matizada con tabues y restricciones sociales. Por otra parte, la insatisfacción o la desilusión matrimonial crónica originada con frecuencia por la falta de afecto por parte del compañero; la responsabilidad de la mujer en la educación de los hijos, que la vorágine del mundo actual ha dejado sólo en sus manos ante la indiferencia del padre que aduce motivos de trabajo para justificar su ausencia como ejemplo y como autoridad en el hogar; y la frecuencia con que en la actualidad tiene que trabajar fuera de casa para mejorar el ingreso familiar, sin abandonar el cuidado del esposo y de los hijos, son otros tantos factores que le provocan tensión, angustia y depresión.

En lo relativo al estado civil, Arieti (1990) menciona que, por lo común, el riesgo es mayor para las personas solteras, viudas, separadas o divorciadas, debido a que su vida pasada los predispone a sentirse más indefensos y desesperanzados.

Respecto a la ocupación, Buendía (1989) reporta que las personas en situación de paro laboral obtienen de forma consistente puntuaciones más altas

en sintomatología depresiva.

En México, se calcula que el 28% de la población total del país la padece (Ramírez, 1988). En un estudio realizado en el Distrito Federal, en el segundo semestre de 1981, se tomó como muestra a habitantes de la comunidad urbana Unidad Habitacional Narciso Mendoza (Villa Coapa). Se encontró una incidencia de 11,63% de depresiones medias y un 2,47% de depresiones severas, lo que significa un total de 14.1% de enfermos deprimidos en la población en general. En relación con la escolaridad, se observó que se encontraban deprimidas un 40% de las personas que nunca habían ido a la escuela; un 38.2% de aquellos que sólo habían estudiado primaria y sólo un 6.8% de aquellos que tenían educación universitaria completa (Calderón, 1987; Ramírez, 1988).

## 2.5 Modelos de Estudio de la Depresión

La variedad de explicaciones encontradas sobre la depresión pueden encuadrarse dentro de:

- a) Quienes buscan las causas dentro del organismo.
- b) Quienes las sitúan fuera de éste.
- c) Quienes adoptan una posición intermedia entre las dos anteriores.

Gomez y Avalos (1982) brindan una completa revisión de la literatura psicológica respecto a las teorías que abordan el estudio de la depresión, las cuales es importante conocer. Por este motivo, a continuación se explica brevemente cada una de ellas.

### 2.5.1 Enfoque Tradicional

Tradicionalmente se ha considerado a la depresión como una enfermedad o

entidad psiquiátrica. Las dos clasificaciones más utilizadas dentro de este modelo son (Gómez y Avalos, 1982):

a) Depresión endógena vs. depresión reactiva.- Se presume que la depresión endógena es causada por factores internos (bioquímicos, hormonales y genéticos), y sus síntomas son: depresión severa, falta de reactividad al medio ambiente, pérdida de interés en la vida, síntomas somáticos, falta de auto-compasión, historia de episodios previos, pérdida de peso, culpa y suicidio. Por otro lado, la depresión reactiva se supone causada por factores externos (stress, traumas psicológicos y conflictos), presentándose los síntomas antes mencionados, pero con menor intensidad.

b) La de la American Psychiatric Association (APA).- La clasificación de la APA, tiene dentro de los trastornos psicóticos: la melancolía involutiva, la enfermedad maniaco-depresiva y la reacción psicótica-depresiva; y dentro de los trastornos neuróticos: la neurosis depresiva.

Dentro del enfoque tradicional se encuentra la explicación psicoanalítica de la depresión, donde ésta representaría la introyección de la hostilidad resultante de la pérdida de un objeto ambivalente amado o una reacción a la separación de un objeto significativo.

### 2.5.2 Seligman: Desesperanza Aprendida (Learned Helplessness)

Seligman, Klein y Miller (citados en: Gómez y Avalos, 1982) ofrecen una formulación comportamental de la depresión reactiva, basada en un modelo animal. Encontraron que los perros expuestos previamente a un estímulo aversivo inescapable e inevitable se comportaban pasivamente (no escapaban o mostraban una lenta adquisición de la conducta de escape) cuando se les colocaba en una situación aversiva nueva, donde se hacía posible escapar del

nuevo evento doloroso. Así, llamaron desesperanza aprendida a la interferencia con el responder adaptativo producida por choques inescapables.

Seligman (citado en: Gómez y Avalos, 1982) supone que la depresión tendría como base la creencia en nuestro propio desamparo, basada en una historia de reforzamiento que no nos permite un control positivo sobre el ambiente. De esta forma, el desamparo aprendido se enfocaría en aquellas depresiones que comienzan como una reacción a la pérdida de control sobre la gratificación y el alivio. La experiencia con un evento traumático incontrolable produce efectos relacionados con la desesperanza o desamparo aprendido, que tendrían su paralelo en la depresión humana; sin embargo, no es el evento traumático en sí el que produciría la interferencia con un responder adaptativo posterior, sino el no tener control sobre el evento traumático.

### 2.5.3 Lewinsohn: Tasa Baja de Refuerzo

El enfoque de Lewinsohn (citado en: Gómez y Avalos, 1982) se basa en la frecuencia reducida de refuerzo social y postula tres condiciones en las cuales descansa su formulación:

a) Diferentes conductas depresivas y sentimientos disfóricos asociados, se elicitán por una tasa baja de refuerzo positivo contingente a la respuesta.

b) Esta tasa baja de refuerzo contingente a la respuesta, es suficiente para explicar otras partes del síntoma depresivo, tales como tasa baja de conducta (se considera que la persona deprimida atraviesa por un prolongado programa de extinción).

c) La cantidad total de refuerzo contingente a la respuesta recibida por alguien está en función de:

∴ El número de eventos que son potencialmente reforzantes para el

individuo y que dependen de factores biológicos (sexo, edad) o factores de experiencia.

2. El número de eventos potencialmente reforzantes disponibles en el medio ambiente del individuo.

3. La habilidad individual para ocuparse en conductas que eliciten refuerzo positivo del medio ambiente.

A partir de la experimentación con base en su modelo, ha encontrado que:

- Existe una relación significativa entre el "humor" y el número y clase de actividades placenteras en que se ocupa el individuo.

- En promedio, la cantidad total de refuerzo positivo obtenida es menor en individuos deprimidos que en los no deprimidos.

- Los individuos deprimidos elicitan menos conductas de otras personas, en comparación con los grupos control.

- Los individuos deprimidos muestran una "sensibilidad" mayor a la estimulación aversiva que los de control.

- Los deprimidos emiten la mitad de conductas interpersonales, de lo que lo hacen los sujetos normales.

- Los sujetos deprimidos emiten menor proporción de reacciones positivas de lo que lo hacen los sujetos control.

#### 2.5.4 Beck: Teoría Cognoscitiva de la Depresión

La esencia de la teoría de Beck (citado en: Gomez y Avalos, 1982) es que la base de la depresión se encuentra en una disposición cognoscitiva negativa: la persona deprimida tiene una visión negativa de sí misma, del mundo y de su futuro. A causa de que el cliente ha sido o cree que ha sido rechazado, se siente triste: cuando las tareas le parecen insuperables, las evita o escapa



de ellas. Si estos sentimientos se intensifican y se aparean con "desamparo", llega a ser extremadamente dependiente y podría intentar el suicidio.

Los episodios depresivos pueden ser precipitados externamente, pero es la percepción que el individuo tiene del evento la que induce la depresión. Beck (citado en: Gómez y Avalos, 1982) establece que también pueden existir cogniciones depresivas, que están dominadas por procesos y contenidos idiosincráticos; estas cogniciones determinan las respuestas afectivas en la depresión.

### 2.5.5 Rehm: Autocontrol

Rehm (citado en: Gómez y Avalos, 1982) presenta un modelo de autocontrol de la depresión que contiene componentes cognoscitivos importantes. Se enfoca a los procesos de automonitoreo, autoevaluación y autoreforzo. Fuchs y Rehm (citados en: Gómez y Avalos, 1982) presentan el análisis del autocontrol de la depresión:

- Con respecto al automonitoreo las personas deprimidas atienden selectivamente a eventos externos negativos que siguen inmediatamente a su conducta, algunas veces a pesar de las contingencias actuales.

- En cuanto a la autoevaluación las personas deprimidas establecen estándares ideales, perfeccionistas y globales, evaluándose a sí mismos negativamente de manera sobregeneralizada.

- En el proceso de autoreforzo las personas deprimidas se caracterizarían por tasas relativamente bajas de autorecompensa y tasas relativamente altas de autocastigo.

Rehm (citado en: Gómez y Avalos, 1982) resume que la depresión podría verse en términos de seis déficits de la conducta de autocontrol:

a) Monitoreo selectivo de eventos negativos.

b) Monitoreo selectivo de consecuencias inmediatas de la conducta en contraposición a las consecuencias retardadas.

c) Criterios de autoevaluación rigurosos.

d) Atribuciones estrictas de responsabilidad.

e) Autorecompensa insuficiente.

f) Autocastigo excesivo.

Rehm (citado en: Gómez y Avalos, 1982) asume que la conducta está internamente controlada en aquellos casos en que el control externo no es aparente o relativamente débil y especifica las relaciones entre la conducta cubierta, la cognoscitiva y la abierta-motora en la depresión.

#### 2.5.6 Ferster: Enfoque Funcional de la Depresión

Ferster (citado en: Gómez y Avalos, 1982) considera que la característica más obvia de una persona deprimida es la pérdida de ciertas clases de actividades reforzadas positivamente junto con la emisión de conductas de evitación y escape tales como quejas, llanto e irritabilidad. Esto, explica, puede deberse a:

a) Cambios medioambientales súbitos.

b) Castigo y control aversivo.

c) Falla para percibir el medio ambiente con suficiente detalle, como para interactuar con él de forma socialmente aprobada.

Considera que las quejas son una clase de actividad que han quitado o disminuido condiciones aversivas en el pasado, aunque no haya cosa alguna que el ovente pueda hacer. Además, anota que algunos individuos deprimidos restringen el rango de personas con quienes interactúan y fallan en escapar o

### 2.5.7 Modelo de los Eventos Estresantes Diarios

Este modelo parte de que la depresión es una respuesta adaptativa a condiciones medioambientales. Se basa en los trabajos de Paykel (citado en: Gómez y Avalos, 1982), cuyo procedimiento consistió en enumerar los eventos estresantes diarios en "salidas" (divorcio, muerte de un familiar, etc.) y "entradas" (matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.), en la vida social de un individuo. Se encontró que los sujetos deprimidos presentaban mayor número de "salidas" y no se observaron diferencias en cuanto a "entradas" respecto a los grupos de control.

Paykel et al. (citados en: Gómez y Avalos, 1982) encontraron que los clientes deprimidos tenían un mayor número de experiencias en cuanto a separación marital, principiar un nuevo tipo de trabajo, muerte de un familiar cercano, partida de casa de un miembro de la familia, enfermedades personales graves, cambio en las condiciones de trabajo, etc.

### 2.5.8 Modelos de Causas Variables

Este modelo no tiene un autor que sea su representante exclusivo, ya que se refiere a aquellos enfoques que consideran la depresión como un estado genérico con determinantes múltiples. Uno de estos autores es Wolpe (citado en: Gómez y Avalos, 1982), ya que considera tres antecedentes potenciales para la depresión reactiva:

- a) Fracaso en el control de situaciones interpersonales.
- b) Exageración y prolongación de la reacción normal a la pérdida.

- c) Depresión reactiva asociada con ansiedad severa.

#### 2.5.9 Mc'Lean: Modelo de Toma de Decisiones

Mc'Lean (citado en: Gomez y Avalos, 1982) parte de la premisa de que la depresión es la consecuencia de técnicas de confrontación no efectivas, usadas para remediar problemas situacionales diarios. Conceptualiza tres procesos que facilitan y mantienen la sintomatología depresiva:

- a) Una tasa creciente de pensamientos negativos.
- b) Evitación relativa de interacciones sociales y de trabajos optativos, lo cual repercute en más tiempo disponible para pensar.
- c) Refuerzo social de la sintomatología depresiva en forma de simpatía y liberación de responsabilidades.

Mc'Lean (citado en: Gómez y Avalos, 1982) se centra en seis áreas en las que considera que el paciente debe adquirir competencia: comunicación, productividad comportamental, interacción social, asertividad, toma de decisiones y solución de problemas, y autocontrol cognoscitivo. Además, postula tratamientos para cada una de estas áreas cuando son deficitarias.

#### 2.5.10 Eastman: Modelo Integrativo

Este enfoque intenta operar al nivel de reforzadores individuales o de grupos de reforzadores y no con "cadenas" o "patrones" conductuales. Intenta esbozar un modelo lógico que permita tomar decisiones racionales con base en la experiencia previa. La base del modelo se encuentra en la integración de los siguientes aspectos: refuerzo inadecuado, reducción de refuerzo, frecuencia reducida de refuerzo social, control aversivo y desamparo

aprendido. Estos puntos se integran en un diagrama de flujo, que lleva a dos alternativas en la toma de decisiones (Gómez y Avalos, 1982):

- a) Obtención de metas.
- b) Conductas de evitación y de escape.

#### 2.5.11 Modelos Sociológico y Existencialista

El modelo sociológico explica la depresión como el resultado de una estructura social que asigna ciertos roles a los individuos, privándolos de esta manera del control sobre su destino (Gómez y Avalos, 1982).

Por otra parte, los existencialistas consideran que la depresión aparece cuando el individuo descubre que su mundo ha perdido significado y propósito.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

Tomar una decisión terapéutica resulta algo comprometedor (tanto para el paciente como para el terapeuta), ya que casi no puede apelarse a otro criterio que no sea el empírico. Aunado a esto, las decisiones terapéuticas abarcan demasiados procedimientos (Polaino-Lorente, 1985), pues existen en la actualidad cuatro enfoques terapéuticos que solos, o en combinación, pueden aplicarse al tratamiento de la depresión (Arieti, 1990):

- a) Técnicas electroconvulsivas (TEC) e internación en un centro hospitalario.
- b) Terapia ambiental.
- c) Terapia con psicofármacos.
- d) Psicoterapia.

Teniendo en cuenta el espectro de aplicabilidad de cada enfoque, el terapeuta debe decidir qué tratamiento o combinación de tratamientos utilizará con cada paciente.

### 3.1 Electroshock e Internamiento

El electroshock está indicado en los casos en que la terapia con psicofármacos resulta ineficaz y no es posible practicar psicoterapia, o bien cuando existen razones que urgen un cambio inmediato (como una enfermedad física simultánea, alto riesgo de suicidio o sufrimiento extremo). Mientras que en las depresiones leves (o reactivas) la TEC prácticamente no surta

efecto, suele ser muy beneficiosa para las depresiones profundas primarias, aún cuando la enfermedad haya comenzado muchos años atrás. Así lo demuestra el éxito obtenido en casos de melancolía involutiva. Sin embargo, no todos los pacientes responden a la TEC y muchos se niegan a someterse a este tipo de tratamiento (Arieti, 1990).

Según Arieti (1990), la TEC no hace al paciente menos accesible a la psicoterapia. Sin embargo, al experimentar rápido alivio, muchos pacientes dejan de sentirse motivados para tomar una psicoterapia prolongada que los obliga a rever aspectos de sus vidas que prefieren olvidar. Por lo general, se niegan a aceptar otro tratamiento, a menos que sobrevenga un nuevo ataque.

En cuanto a la hospitalización, ésta se contempla sobre todo cuando se estima que hay alto riesgo de suicidio y el paciente no puede recibir vigilancia adecuada en su hogar, no obstante que este peligro existe en prácticamente todos los casos de depresión profunda. Corresponde al terapeuta estimar el riesgo, evaluación para la cual no existen métodos infalibles. Por lo común, el riesgo es mayor para las personas solteras, viudas, separadas o divorciadas, debido a que su vida pasada los predispone más a sentirse indefensos y desesperanzados, y a que la vigilancia se hace más difícil porque a menudo viven solos, y si de pronto se apodera de ellos un impulso autodestructivo, es mucho menos probable que haya alguien presente para detenerlos (Arieti, 1990).

Quando el peligro es moderado o mínimo, la decisión no es tan clara. En ocasiones es conveniente afrontar el riesgo porque en muchos hospitales no es posible practicar una psicoterapia psicodinámica prolongada y también porque ni siquiera el encuadre hospitalario elimina por completo la posibilidad de suicidio. Por otra parte, en algunos casos persiste un cierto margen de peligro durante un lapso no precisable pero prolongado, porque ni aún en el

marco del hospital el tratamiento surte efectos beneficiosos para el paciente. En consecuencia, éste debería permanecer internado por tiempo indefinido, con el consiguiente daño para su autoimagen e incremento de la sensación de impotencia (Arieti, 1990).

Al contrario de lo que ocurre con la esquizofrenia y otros desórdenes psiquiátricos, la internación no ofrece un ambiente terapéutico propicio para la mayoría de los individuos depresivos. Su principal ventaja, y a menudo la única, es que disminuye el riesgo de suicidio y garantiza la adecuada administración de fármacos o electroshock. También es aconsejable para pacientes con depresión severa que aunque no manifiestan ideas suicidas, viven solos, carecen de parientes y amigos y no están en condiciones de cuidar de sí mismos (Arieti, 1990).

Es conveniente hablar con franqueza sobre estas alternativas con los familiares y llegar a la decisión, en lo posible unánime, en un marco de colaboración entre paciente, familiares y terapeuta. La mayor dificultad reside a veces en convencer a la familia de la necesidad de internar al paciente. El individuo muy deprimido, quizá por sus tendencias masoquistas, se muestra dispuesto a ingresar en un hospital, mientras que sus parientes preferirían que tomara unas vacaciones (Arieti, 1990).

### 3.2 Terapia Ambiental

French (citado en: Small, 1978) identificó dos recursos básicos de que puede valerse el terapeuta para aliviar la situación del paciente:

- a) Adaptar el medio en que éste vive, de manera que se ajuste mejor a sus necesidades.
- b) Modificar la personalidad del paciente para hacerla más compatible con



su ambiente.

Para French (citado en: Small, 1978), el separar al paciente de una situación que lo exacerba y el ubicarlo en una atmósfera más adecuada a sus necesidades, constituyen tácticas de manipulación del entorno.

Bellak y Small (citados en: Small, 1978) proponen una serie de variaciones en la manipulación de esta clase: el empleo de la familia y los amigos, en particular cuando la vida del paciente corre peligro; la recomendación de prepararse para buscar un trabajo; la utilización de actividades sublimatorias para permitir la expresión apropiada de impulsos agresivos; la gimnasia y la danza, al igual que las actividades artísticas, viajes y vacaciones, con el fin de que el paciente tome distancia respecto a su conflicto, habilitándolo para consentirse cierta medida de gratificación placentera, que no se permitiría en otras circunstancias.

### 3.3 Terapia con Psicofármacos

Durante los últimos 10 años, la comunidad médico-científica parece haber tomado conciencia de la importancia epidemiológica de los desórdenes afectivos y de la morbilidad que éstos representan en el ejercicio cotidiano de la medicina. Como consecuencia, ha crecido el interés por incrementar los recursos terapéuticos disponibles (De la Fuente, 1981).

En los últimos años, la utilización de drogas en el tratamiento de la depresión ha sido objeto de gran atención, y en muchas ocasiones es el propio paciente el que solicita ser tratado con fármacos, ya que le resulta fácil aceptar que una pildora pueda mitigar su depresión, del mismo modo que una pildora de codeína le alivia un dolor de muelas (Arieti, 1990).

Usualmente, comenta Arieti (1990), el tratamiento con drogas se inicia

con la administración de algunos de los tricíclicos, de los cuales el más conocido es la imipramina. Se informa al paciente que la mejoría no se producirá de un día para el otro y que pueden pasar dos o tres semanas antes de que advierta cambios en su estado. Por lo común, antes de que se atenúe la intensidad de la vivencia depresiva, disminuyen la anorexia y los trastornos del sueño. Si al cabo de un mes no hay signos de mejoría, en general se pasa a administrar un inhibidor de la monoaminooxidasa (IMAO).

Según las observaciones de este autor, la terapia con psicofármacos produce una mejoría de los síntomas en muchos casos, pero no en los más severos. Además, aunque el paciente se recupere, internamente sigue siendo el mismo que era antes de iniciar la administración de drogas, es decir, tiene la misma estructura psicológica e iguales propensiones y debilidades, a menos que se apliquen otros tipos de tratamiento o que aparezcan circunstancias propicias inesperadas. En el mejor de los casos, dice, "la terapia con psicofármacos debe ser vista como un tratamiento sintomático de moderada eficacia, lo cual no significa que por lo limitado de sus efectos se la deba rechazar o subestimar. La depresión severa suele causar padecimientos muy intensos al paciente, de modo que todo lo que pueda aliviar por lo menos en parte su sufrimiento mental es bienvenido, excepto cuando produzca efectos colaterales indeseables.". En síntesis, las drogas antidepresivas sólo son moderadamente eficaces en el tratamiento de las depresiones profundas.

### 3.3.1 Criterios para la Selección y Dosificación de los Psicofármacos

La introducción de fármacos antidepresivos constituyó un importante avance en el tratamiento de la depresión, y aunque aún subsiste el problema que representan la selección del fármaco y su dosificación en un paciente

determinado (Díaz-Barriga, 1981), el desarrollo de la moderna ingeniería psicobioquímica permite abrigar muchas esperanzas sobre la farmacoterapia específica de las depresiones. Para favorecer la elección racional de un medicamento y la dosificación adecuada para cada caso individual, la ingeniería psicobioquímica brinda dos criterios que fundamentan las decisiones terapéuticas (Polaino-Lorente, 1985):

a) El criterio clínico, ahora mejorado por la observación más sutil de la respuesta del sujeto al fármaco, que pone de manifiesto certezas en torno al uso de las distintas sustancias antidepresivas.

b) Las pruebas funcionales endocrinas (todavía en desarrollo) que permiten al clínico decidirse, de forma más precisa y objetiva, por la administración de alguna sustancia. La psicofarmacología experimental de las depresiones ha desarrollado varios de estos test en los últimos años (véase Polaino-Lorente, 1985, p. 96).

### 3.3.2 Implicaciones del Uso de Psicofármacos

A continuación se presentan algunas observaciones importantes que se desprenden de la aplicación de la terapia psicofarmacológica. En los siguientes puntos se expondrán algunas importantes conclusiones derivadas del uso de cada sustancia.

A modo de síntesis, puede afirmarse lo que sigue (Polaino-Lorente, 1985):

a) Las sustancias que actúan como estimulantes en sujetos normales adolecen de efectos terapéuticos en los enfermos depresivos.

b) Las sustancias antidepresivas utilizadas en los enfermos deprimidos no tienen una acción estimulante sobre sujetos normales.

c) La depresión supone un sustrato bioquímico psicobiológico y

cuantitativamente diferente

d) Los estimulantes del tipo anfetamínico no tienen acción antidepresiva, aunque pueden usarse como prueba predictiva de la respuesta del sujeto a la acción de los antidepresivos tricíclicos.

e) Los patrones de excreción urinaria de los precursores y metabolitos de las catecolaminas e indolaminas están perturbados en las alteraciones afectivas. En las depresiones hay un descenso en lo que se refiere a la excreción urinaria de los metabolitos de noradrenalina. En el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los deprimidos las tasas de serotonina y sus metabolitos están disminuidas, mientras que la excreción urinaria de 17-hidroxicorticosteroides está aumentada.

### 3.3.2.1 Los IMAO (Inhibidores de la Monoaminoxidasa)

Polaino-Lorente (1985) indica algunos puntos que la experiencia acumulativa del tratamiento con IMAOs ha hecho patente en el tratamiento de los trastornos afectivos:

a) Lentifican el catabolismo de la serotonina y de las catecolaminas.  
b) Incrementan las monoaminas libres (activas biológicamente) y las de reserva (inactivas biológicamente).

c) No parece que sean eficaces en depresiones endógenas.

d) Alcanzan su máxima eficacia terapéutica cuando se administran en síndromes depresivo-ansiosos o atípicos en los que la ansiedad, la fatiga, las fobias y los componentes neurovegetativos y somáticos son los síntomas predominantes.

e) La peligrosidad de su uso (por incompatibilidad con otras asociaciones medicamentosas y/o alimentarias) ha llegado a producir más de un accidente

mortal, y el que su acción clínica sea más desinhibidora y energizante que específicamente antidepressiva ha relegado su uso a un segundo plano en el tratamiento de las depresiones.

Por su parte, Arieti (1990) hace lo mismo: "Según mi experiencia, los antidepressivos comunes (tricíclicos e IMAOs) no causan efectos psicológicos nocivos ni estados que obstaculicen la psicoterapia, salvo cuando se emplean en dosis masivas y a veces en asociación con neurolépticos. El uso de IMAOs impone ciertas restricciones alimentarias y una estrecha vigilancia por las crisis hipertensivas que aparecen en raras ocasiones." (p.226).

Pueden ocasionar hipotensión ortostática, la cual se manifiesta en vértigos y mareos, e insomnio. El enfermo que esté en tratamiento con estos medicamentos debe abstenerse de comer quesos añejos, vísceras, arenque salado y otros alimentos que contengan tiramina, ya que ésta libera adrenalina y noradrenalina en forma brusca de sus sitios de almacén, lo que puede elevar la tensión arterial. La medicación a base de vasoconstrictores locales (nasales) puede producir el mismo problema (Calderón, 1987).

### 3.3.2.2 Amitriptilina

Respecto a esta sustancia Polaino-Lorente (1985) menciona algunos puntos que deben ser tomados en cuenta para su administración en el tratamiento de los trastornos afectivos:

a) Los pacientes que en el período preterapéutico eliminan por orina una tasa alta de 3-metoxi-4-hidroxi-fenilglicol (MHFG) son los que mejor responden al tratamiento con amitriptilina.

b) En general, sus efectos antidepressivos aparecen antes que con el uso de la imipramina.

c) En un estudio realizado por Paykel (citado en: Polaino-Lorente, 1985), la respuesta al tratamiento con esta sustancia fue significativamente diferente entre los grupos con psicosis depresiva, depresión ansiosa, depresión juvenil leve y depresión asociada a alteraciones de la personalidad, obteniéndose los peores resultados en el grupo con depresión ansiosa.

### 3.3.2.3 Imipramina

Polaino-Lorente (1985) señala algunos puntos importantes de la experiencia en el tratamiento con imipramina para los trastornos afectivos:

a) Parece que la imipramina actúa elevando la fracción de monoaminas libres cerebrales, a la vez que disminuye el umbral de respuesta de ciertos receptores sinápticos. Se ha observado que los sujetos cuya eliminación de MHPG por orina es baja en el periodo terapéutico son los que mejor responden al tratamiento con imipramina y desimipramina.

b) Los mejores resultados se obtienen en pacientes deprimidos en los que la inhibición es el síntoma más destacado. Sus efectos terapéuticos mejoran el cuadro clínico entre el séptimo y el noveno día de comenzar su administración, alcanzando la máxima eficacia al finalizar la tercera semana.

c) La imipramina es muy efectiva en el tratamiento profiláctico de las depresiones monopolares, y carece de actividad a este respecto frente a las depresiones unipolares y bipolares, que responden de forma diferente a la administración de antidepresivos tricíclicos, como las sales de litio.

### 3.3.2.4 Clorpromazina y Tioridazina

En cuanto a estos fármacos, Polaino-Lorente (1985) comenta:

a) En el tratamiento de la depresión puede asociarse a los antidepresivos clorpromazina y tioridazina para neutralizar las tendencias suicidas (a veces frecuentes por la activación paradójica provocada tras la administración continuada de imipramina), para reducir la sintomatología psicótica que acompaña a algunos síndromes depresivos, o para disolver las crisis de exaltación psicomotora y las producciones delirantes que sobrevienen en algunos sujetos tratados con derivados imipramínicos.

b) Las depresiones en que domina la ansiedad responden mucho mejor al tratamiento con tioridazina, frente a las depresiones que cursan con fuertes inhibiciones, que mejoran antes con la administración de imipramina.

### 3.3.2.5 L-Dopa

Polaino-Lorente (1985) apunta algunos comentarios que desprende de la experiencia en el uso de la L-Dopa como tratamiento de los trastornos afectivos:

a) La L-Dopa, unida a un inhibidor periférico, la descarboxilasa, se muestra relativamente eficaz en cuadros depresivos en los que el síntoma protagonista es la inhibición psicomotora.

b) Goodwin (citado en: Polaino-Lorente, 1985) la administró a 29 pacientes durante un periodo de 18 a 45 días, sin que encontrara aparición de rasgos psicóticos en ningún paciente. Murphy (citado en: Polaino-Lorente, 1985) la utilizó en nueve enfermos bipolares con alguna fase maniaca previa, y en ocho de ellos observó la aparición de episodios hipomaniacos.

### 3.3.2.6 Triptófano

Polaino-Lorente (1985) cita algunas notas acumuladas en el tratamiento con triptófano de los trastornos afectivos:

a) Su eficacia es mayor en los cuadros maniacos que en los depresivos. A veces empeora las depresiones.

b) Se obtienen mejores resultados terapéuticos cuando se administra asociado a los IMAO en grandes dosis.

c) Coppen (citado en: Polaino-Lorente, 1985), en un estudio en el que administraba sólo L-Triptófano, obtuvo idénticos resultados con este medicamento que con la imipramina en el tratamiento de la depresión.

d) Murphy (citado en: Polaino-Lorente, 1985) obtuvo distintos resultados terapéuticos con la administración de L-Triptófano en pacientes con depresiones monopolares y bipolares: la mayor eficacia la encontró en éstos últimos.

e) La administración de 5-hidroxitriptófano mejora la depresión y aumenta los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) y del HMV en LCR. Kline, Glassman y Brodie (citados en: Polaino-Lorente, 1985) no obtuvieron ningún efecto antidepressivo significativo. Van Praag (citado en: Polaino-Lorente, 1985) obtuvo efectos antidepressivos significativos solamente en aquellos pacientes con una tasa baja de 5-HIAA en LCR.

f) Prange (citado en: Polaino-Lorente, 1985) analizó los efectos comparativos entre el L-Triptófano y la clorpromazina en el tratamiento de la manía. Los resultados terapéuticos fueron superiores en el caso del triptófano. Murphy ha replicado con fortuna estas observaciones.

g) Asberg et al. (citados en: Polaino-Lorente, 1985) han analizado la concentración de 5-HIAA en LCR, en pacientes deprimidos, encontrando una



distribución bimodal que podría servir como criterio para la distinción entre los subtipos bioquímicos de depresión, caracterizados por una alteración en el turnover de serotonina. En el subgrupo caracterizado por una concentración de 5-HIAA en LCR inferior a 15 mg/ml, hay una correlación significativa entre el grado de severidad de la depresión y la concentración en LCR de dicho metabolito, correlación que no es significativa en el grupo de deprimidos en que la concentración de la referida sustancia es superior. En el primer grupo parece que el uso del triptofano es bastante eficaz, lo cual ha sido confirmado por Van Praag. Asberg también ha probado que el subgrupo de deprimidos con baja concentración de 5-HIAA son significativamente más propensos a los intentos y actos suicidas que el otro subgrupo.

### 3.3.2.7 La Alfa-metilparatirosina (AMPT)

Polaino-Lorente (1985) refiere algunos aspectos importantes derivados de la experiencia en el empleo de la alfa-metilparatirosina en los trastornos afectivos:

a) Se han descrito buenos resultados en cuadros maníacos. Al parecer disminuye la tasa de catecolaminas cerebrales.

b) Actúa como un potente inhibidor específico de la tirosina-hidroxilasa (interviene en la síntesis de dopamina y norepinefrina). Su administración en grandes dosis disminuye los niveles de estas catecolaminas en el LCR y en el tejido cerebral, lo cual confirma que las catecolaminas cerebrales están aumentadas en la manía.

c) Su uso es sólo experimental.

### 3.3.2.8 Las Sales de Litio (Carbonato, Sulfato, Acetato)

Respecto a las sales de litio, Polaino-Lorente (1985), con base en los hechos que se desprenden del tratamiento de los trastornos afectivos, dice:

a) El carbonato de litio se usa con eficacia desde 1949, y parece tener efecto profiláctico sobre posibles recidivas maniacas. También se considera a la clorpromazina como uno de los fármacos más específicos en los episodios de manía.

b) Parece que actúa sobre las aminas sinápticas de forma contraria a como lo hacen los antidepresivos tricíclicos: mejora la recaptación de amina sináptica, inhibe su liberación y, en consecuencia, disminuye la tasa de amina funcional, inmediatamente disponible en el espacio sináptico.

c) Aunque tiene efectos antidepresivos solamente discretos y muy discutidos, parece prevenir la aparición de nuevos episodios depresivos; de ahí su utilización en la profilaxis de la depresión. Por su toxicidad (inhibición psicomotora, alteraciones digestivas, etc.), así como por el necesario seguimiento de la litemia, debe restringirse su uso sólo a los cuadros maniacos.

Por otro lado, Arieti (1990) comenta: " El litio es eficaz para tratar los episodios maniacos, pero en general no beneficia a los pacientes deprimidos ni impide la repetición de los ataques." (p. 226).

### 3.3.2.9 Antidepresivos Tetracíclicos

En la actualidad, los antidepresivos tricíclicos constituyen el tratamiento de elección en la mayoría de los desórdenes afectivos. Sin embargo, se presentan algunas debilidades fundamentales en el tratamiento de

los desórdenes afectivos con los actuales psicofármacos, a saber (Ramírez, 1981):

a) El tiempo que éstos tardan en actuar. Generalmente transcurren tres o cuatro semanas entre la fecha en que se inicia el tratamiento y aquella en la que se observa una respuesta significativa. Esto, en el caso de un sujeto con tendencia al suicidio es de vital importancia.

b) La incidencia de efectos colaterales, ya que en no pocos casos, el enfermo abandona el tratamiento por los efectos, sobre todo anticolinérgicos, que producen los tricíclicos.

c) Las propiedades farmacocinéticas de los tricíclicos en la sangre.

Por consiguiente, los objetivos de la investigación psicofarmacológica se han centrado en encontrar medicamentos que (Ramírez, 1981):

1. Actúen más rápidamente.
2. Tengan menos efectos colaterales sobre todo de tipo anticolinérgico y cardiotoxico.
3. Cuyas propiedades farmacológicas permitan determinar su concentración en la sangre en forma confiable y económica.

Los antidepresivos tetracíclicos son un nuevo producto cuyos efectos secundarios son menores; sin embargo, su actividad en México no ha superado a la de los tricíclicos. En los casos en que existan contraindicaciones para utilizar los tricíclicos o se presentan efectos secundarios molestos, deben utilizarse estos nuevos antidepresivos: maprotilina, nomifensin, mianserina y trazodona (Calderón, 1987).

#### 3.4 Psicoterapia

La bibliografía referente al enfoque psicoterapéutico de la depresión se

inició con el estudio de casos de suma severidad. Las primeras contribuciones de Abraham (citado en: Bemporad, 1990) en 1911 y de Freud (citado en: Bemporad, 1990) en 1917, se ocuparon de las depresiones psicóticas o los desórdenes maniaco-depresivos. Solo hacia fines de la década de 1930 aparecieron las primeras descripciones de la terapia psicoanalítica de la depresión leve, que hoy en día es quizá el trastorno que con más frecuencia ven los psiquiatras. En 1936, Gero (citado en: Bemporad, 1990) publicó un exhaustivo informe sobre la psicoterapia psicoanalítica de dos pacientes depresivos, no psicóticos. Al año siguiente, Lorand (citado en: Bemporad, 1990) dio a conocer un estudio más general acerca de la dinámica y el tratamiento de las depresiones leves. A partir de estas dos importantes contribuciones, apareció gran cantidad de artículos sobre el tema.

Cameron (1982) considera que es importante tomar en cuenta que en las depresiones puede recurrirse a la terapia con muchas probabilidades de éxito, pero siempre y cuando se tenga presente que la terapia busca mejorar y no necesariamente curar.

#### 3.4.1 Psicoterapia de Grupo

Aunque por lo general se considera a la psicoterapia de grupo una rama de la psiquiatría, el usar grupos con propósitos psicoterapéuticos surgió en campos no estrictamente médicos; un ejemplo importante lo constituye el movimiento de alcohólicos anónimos. La teoría psicoanalítica ha ejercido una influencia central, aunque no exclusiva, en el desarrollo de un enfoque profesional al trabajo psicoterapéutico en grupos. Los escritos de Freud (citado en: Cartwright y Zander, 1985), en especial su "Psicología de Grupo y el Análisis del Ego", determinaron el matiz, pero muchas técnicas para manejar

grupos y gran parte del hincapié hecho en los procesos de grupo son contribuciones de gente que se basó en el trabajo de grupo.

El trabajo pionero y excepcionalmente creador de Moreno (citado en: Cartwright y Zander, 1985) estableció otro enfoque de la psicoterapia de grupo. Sus técnicas de interpretar papeles y la sociometría fueron de las primeras contribuciones al campo, y han tenido gran valor para la psicoterapia de grupo.

En cuanto a lo que debe ser un grupo en psicoterapia, Castillas (1981) menciona que debe ser un "instrumento terapéutico", es decir, que además de la labor del terapeuta, la interrelación de cada integrante con los demás durante las sesiones debe tener un efecto beneficioso para todos. Para que el grupo sea un adecuado instrumento terapéutico es necesario que entre sus integrantes haya pacientes que desempeñen determinadas funciones necesarias para el grupo. Estas funciones son:

- a) Insight.
- b) Percepción inconsciente.
- c) Una actividad que busque lograr la interacción.
- d) Control de los impulsos peligrosos.
- e) "Tirarse a la piletta": hablar con franqueza de asuntos de índole íntima.
- f) Demostrar el afecto.

Estas funciones pueden realizarlas alternadamente diferentes personas. La función del insight, la de "tirarse a la piletta" y la de demostrar afecto son bastante claras, mientras que la percepción inconsciente recae muchas veces en el paciente más regresivo, manifestándose a través de ocurrencias que surgen en la misma sesión o a través de los sueños. La función del control de los impulsos peligrosos aparece en el grupo solo en determinados momentos y

permite que se verbalicen fantasías muy regresivas o impulsos agresivos sin crear pánico ni reprimirlos totalmente. La función de la actividad que busca la interacción, ha sido llamada de "cohesión del grupo", siendo necesaria y permanente para que éste funcione. Sin cohesión el grupo corre el riesgo de desintegrarse, por lo que, en general, la función de buscarla y mantenerla recae en varios integrantes simultánea y alternativamente.

Usandivaras (citado en: Castillas, 1981) aporta una lista de los casos en que está indicada la terapia de grupo y de aquéllos en los que está contraindicada. Según él, entre los pacientes que necesitan terapia de grupo están aquellos con:

- 1) Caracteropatías con poco insight.
- 2) Actitudes sociopáticas propias de los grupos marginales.
- 3) Dificultades en su relación con los demás, e intenso deseo de superarlas.
- 4) Patología unida a una conducta fija (líder idealizado, oveja negra, el payaso).
- 5) Un profundo sentimiento de inferioridad unido al aislamiento de la demás gente.
- 6) Gran necesidad de recibir estímulo de los demás para poder cambiar.
- 7) Inhibiciones frente al otro sexo, por no haber participado en grupos mixtos.
- 8) Trastornos psicósomáticos sin problemática psicológica conciente.
- 9) Dificultad para salir del mundo de fantasías en el que viven.
- 10) Un buen pronóstico que no se haya modificado con la terapia individual.

Y está contraindicada en pacientes con (Castillas, 1981):

- 1) Un alto grado de angustia o un conflicto agudo que exija pronta

resolución.

- 2) Una fobia muy marcada hacia la gente, con vergüenza de que los vean o los conozcan por sentirse inferiores.
- 3) Una depresión tan marcada que los haga huir de la gente.
- 4) Una franca actitud paranoide.
- 5) Gran necesidad de hablar y de ser escuchados (acaparadores).
- 6) Caracteres narcisistas tan marcados que ignoren a los demás.
- 7) Alto grado de agresividad que descargan contra los otros pacientes.

### 3.4.2 Psicoterapia Breve

La psicoterapia breve es tan antigua como los esfuerzos de Freud (citado en: Small, 1978) para curar las neurosis, y de la misma forma en que la psicoterapia moderna debe sus orígenes a la teoría psicoanalítica, también la psicoterapia breve. Es un hecho histórico que Freud comenzó por buscar curas rápidas, e inicialmente insistió en la obtención de un diagnóstico rápido de la psicodinámica responsable de la afección, y su anulación por medio de la interpretación activa.

Aún después de esa época, en su "Studies on Hysteria", Freud (citado en: Small, 1978) habla del éxito que obtuvo en el tratamiento de emergencia de una muchacha histérica. Sin embargo, en esos primeros pasos del psicoanálisis la duración del tratamiento no constituía un problema que se tuviera muy en cuenta. La idea de oposición entre terapias de corto y largo plazo no apareció sino después de que la psicoterapia y el psicoanálisis evolucionaron hasta transformarse en los prolongados procesos que hoy son. La preocupación por el tiempo del tratamiento surgió al ampliarse la comprensión teórica de Freud. Mientras él buscaba solución a los problemas de la resistencia, la terapia

psicoanalítica se alargaba constantemente. En el curso de los años, algunos psicoanalistas expertos encararon aislada y esporádicamente la búsqueda de procedimientos psicoterapéuticos que, aunque derivados de los conceptos psicoanalíticos, produjesen cambios terapéuticos en menor tiempo.

En 1946, Franz Alexander y Thomas French (citados en: Small, 1978) publican "Psychoanalytic Therapy", obra que definió una línea para el desarrollo de una psicoterapia breve derivada de los supuestos psicoanalíticos y del proceso de la psicoterapia.

Casi todos los trabajos que surgieron posteriormente respecto a los métodos breves deben algo a Alexander y French (citados en: Small, 1978). Sin embargo, durante las décadas de los 40's y 50's fue muy poco el material que reflejase el que la psicoterapia breve fuera una realidad en crecimiento. En los últimos años, la intensificación del interés en el tema se manifestó en la publicación de quizá media docena de libros y gran cantidad de documentos, y en la aparición de las terapias breves, una numerosa variedad de técnicas destinadas a la intervención en crisis, el tratamiento de la conducta, las terapias familiares, y otros fines.

No obstante, muchos psicoterapeutas no otorgan crédito a la eficacia de las terapias breves. Coleman (citado en: Small, 1978) atribuye esto al hecho de que las psicoterapias extensas disfrutaban de prestigio y estatus de tal naturaleza y grado, que con frecuencia el profesional que realiza tratamientos breves no lo confiesa, ni el que lo hace recibe gran reconocimiento. Aparentemente, sostiene, el estatus casi místico asignado a las formas prolongadas y el que los terapeutas se sientan embarazados por sus técnicas breves (consideradas no comprensibles en términos psicoanalíticos y tildadas de no científicas), son responsables de que el interés por la psicoterapia breve deba competir con el que los terapeutas tienen hacia las formas más



extensas de la psicoterapia.

Sin embargo, el enfoque de la psicoterapia breve es muy flexible y está en posibilidades de adaptar el método de tratamiento a las necesidades del paciente y de la situación que se plantee. De esta manera, se muestra capaz de alcanzar la eficiencia terapéutica sin exceder los marcos de la ortodoxia (Bellak, 1978).

### 3.4.3 Psicoterapia Breve de Grupo

Aunado al desarrollo de la psiquiatría clínica, y pese a que ya se contaba con la ayuda eficaz de los medicamentos para solucionar los problemas emanados de las diversas entidades clínicas, los pacientes se multiplicaron, colmando las instituciones que los albergaban. Dado que la psicoterapia ya no podía ser privilegio de una élite, se instó a los que la practicaban a aplicar sus conocimientos para favorecer a un mayor número de pacientes en el menor tiempo posible (Quiroga, 1978).

Con el advenimiento de la medicina socializada se hizo necesario encontrar técnicas psicoterapéuticas aplicables a la realidad. La psiquiatría institucional hospitalaria tiene características especiales que no se comparan con las de la práctica privada, a saber (Quiroga, 1978):

- a) El número de ingresos es generalmente grande.
- b) El tiempo de estancia debe ser el menor posible.
- c) El tipo de tratamiento es generalmente medicamentoso o por medios físicos.
- d) El número de ingresos y las actividades propias del servicio no permiten ofrecer otro tipo de tratamiento, salvo psicoterapia de apoyo en forma inconsistente y asistemática.

e) Los pacientes sólo reciben el beneficio del medicamento y del ambiente hospitalario.

f) La alta incidencia de reingresos, muchos debidos a la no solución de problemas emocionales reactivos.

La terapia breve de grupo surge como una respuesta a las necesidades que se presentan en esa época. Se dice breve porque su duración es de tres meses como mínimo y un año como máximo. Esta terapia se caracteriza por la focalización de un problema de un individuo en un grupo. Se trabaja de forma tal que cada sujeto se identifique o tome respuestas del material que se expone de cada participante. Se basa en dos reglas principales:

a) Abstinencia.- Sólo pueden relacionarse los miembros del grupo dentro de las sesiones de terapia.

b) Asociación libre.- Los sujetos deben hacer y decir todo lo que les pase por la mente dentro de la sesión de terapia, excepto tocar o pegar al compañero.

Por lo común, el terapeuta no interpreta la transferencia, ni desarrolla el material inconsciente. Las sesiones se desenvuelven en una atmósfera positiva, por lo que los miembros logran una autoestima creciente y un entendimiento objetivo de su situación real, pese a que no se practica "terapia" tal como la entienden los psicoanalistas (Quiroga, 1978).

## CAPITULO

### METODOLOGIA

#### 4.1 Objetivos de la Investigación

##### 4.1.1 Objetivo General

- Determinar la efectividad que tienen el tratamiento farmacológico y la terapia breve de grupo para reducir el nivel de depresión.

##### 4.1.2 Objetivo Especifico

- Establecer si la terapia breve de grupo reduce en mayor medida el nivel de depresión, comparativamente con el tratamiento farmacológico.

#### 4.2 Planteamiento del Problema

¿ El tratamiento de terapia breve de grupo es mas efectivo que el farmacológico para reducir el nivel de depresion ?

¿ Qué diferencias existen en el nivel de depresión entre dos grupos de pacientes depresivos, uno de ellos tratado farmacológicamente ( $G_1$ ) y otro tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ), despues de seis meses de tratamiento ?

### 4.3 Hipótesis

#### 4.3.1 Hipótesis Estadísticas

##### Hipótesis Nulas ( $H_0$ ):

No existen diferencias estadísticamente significativas en el pretest, entre el grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ) y el tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest del grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ).

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest del grupo tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el postest, entre el grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ) y el tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre el grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ) y el tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

##### Hipotesis Alternas ( $H_1$ ):

Si existen diferencias estadísticamente significativas en el pretest, entre el grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ) y el tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

Si existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest del grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ).

Si existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest del grupo tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

Si existen diferencias estadísticamente significativas en el posttest, entre el grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ) y el tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

Si existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre el grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ) y el tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

#### 4.3.2 Hipotesis de Trabajo

El grupo tratado con terapia breve durante seis meses, reducirá en mayor medida el nivel de depresión, comparado con el grupo tratado farmacológicamente en igual lapso.

#### 4.4 Definición de Variables

##### 4.4.1 Identificación de Variables

Variables Independientes: Tratamiento administrado, siendo éste tratamiento farmacológico o terapia breve de grupo.

Variable Dependiente: Nivel de depresión.

Variables Discretas: Tratamiento administrado, debido a que comprende categorías específicas (tratamiento farmacológico o terapia breve de grupo); y nivel de depresión, debido a que las puntuaciones que reporta el MMPI comprenden valores enteros, no fraccionarios.

variables Extrañas: Para ambos grupos: sexo, edad, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, estado civil, religión,

interacción familiar (tipo de familia), y datos biográficos (historia clínica) del sujeto; contexto social donde se desenvuelve el individuo; origen y tipo de la depresión; intentos de solución por parte del sujeto; adaptación y constancia en el tratamiento, etc.

Para el grupo de tratamiento farmacológico: antidepresivo administrado, dosis, frecuencia de la dosis, ingesta adicional de medicamento, etc.

Para el grupo de terapia breve: asistencia a las sesiones, transferencia negativa, resistencias, grado de realidad de cada paciente, alianza terapéutica que se haya establecido, grado de asociación de la depresión con otras patologías anexas, etc.

#### 4.4.2 Nivel de Medición de las Variables

El tratamiento administrado se consideró a nivel nominal, ya que es una variable cualitativa que tiene modalidades que carecen de un punto de comparación, es decir, se clasificó de acuerdo a la posesión de una característica que lo define: tratamiento farmacológico o terapia breve de grupo.

El nivel de depresión se estimó a nivel intervalar, ya que para medirlo se tomaron en cuenta los puntajes que obtuvo el sujeto en la prueba aplicada; de ahí que sea una variable susceptible de contabilizar a partir de un cero relativo y de intervalos determinados por el instrumento de medición empleado.

#### 4.4.3 Definiciones Operacionales

**Tratamiento Farmacológico:** Se asignó a cada sujeto una dosis de antidepresivos controlada semanalmente, incrementándola o decrementándola según fuera necesario.

**Terapia Breve de Grupo:** Las sesiones de terapia se realizaron una vez a la semana durante seis meses. Su duración era de dos horas. En ellas se focalizó un problema de cada miembro del grupo, de forma tal que el sujeto se identificaba o tomaba respuestas del material que exponía cada participante. Durante las sesiones se siguieron dos reglas principalmente (ver apéndice I):

a) Abstinencia.- Los miembros del grupo solo podían relacionarse dentro de las sesiones de terapia.

b) Asociación libre.- Los pacientes podían hacer y decir todo lo que pasara por su mente, excepto tocar o pegar al compañero.

De cada sesión se obtuvo un reporte (si alguien está interesado en conocer los resultados de las sesiones se tiene el material disponible).

**Nivel de Depresión:** La depresión fue medida objetivamente a través de la prueba psicológica MMPI, en donde se observó en que la escala 2 (depresión) el sujeto obtuviera un puntaje mayor a T-70.

#### 4.5 Muestra de Investigación

La población de estudio la constituyeron los sujetos que solicitaron servicios psiquiátricos o psicológicos en la institución donde se llevo a cabo la presente investigación, lo cual redujo de manera considerable nuestro universo.

La muestra estuvo formada por un total de 20 sujetos depresivos, cuya edad fluctuaba entre 20 y 61 años, de bajo nivel socioeconómico (algunos síntomas de su estado depresivo pueden consultarse en los reportes de las sesiones). Se les dividió en dos grupos: uno al que se aplicó tratamiento farmacológico (G<sub>1</sub>) y otro al que se aplicó terapia breve de grupo (G<sub>2</sub>), en ambos casos, durante seis meses.

GRUPO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

S	SEXO	EDAD	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	Ocupación
1	F	29	Divorciada	Normal	Profesora
2	M	29	Casado	Licenciatura	Admon.
3	F	20	Soltera	Bachillerato	Estudiante
4	F	30	Casada	Comercio	Hogar
5	F	39	Casada	Normal	Profesora
6	F	61	Casada	2º Primaria	Hogar
7	M	32	Casado	1º Sec.	Mecánico
8	F	44	Casada	6º Primaria	Hogar
9	F	39	Casada	6º Primaria	Hogar
10	F	20	Soltera	Normal	Educadora



## GRUPO DE TERAPIA BREVE

S	SEXO	EDAD	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	Ocupacion
1	M	30	Soltero	Bachillerato	Ninguna
2	M	21	Soltero	Licenciatura	Empleado
3	F	29	Casada	Licenciatura	Hogar
4	F	32	Casada	Licenciatura	Empleada
5	M	25	Soltero	Licenciatura	Estudiante
6	F	43	Divorciada	Bachillerato	Comercio
7	F	24	Casada	Licenciatura	Estudiante
8	F	44	Casada	Comercio	Hogar
9	F	50	Casada	6º Primaria	Hogar
10	F	24	Soltera	Licenciatura	Estudiante

Es importante mencionar que durante este lapso de tiempo, tres pacientes suspendieron el tratamiento: dos del grupo tratado con fármacos (S1 Y S2) y uno del grupo tratado con terapia breve de grupo (S1). Por ello, al finalizar el tratamiento, al G<sub>1</sub> lo conformaron ocho individuos y al G<sub>2</sub> nueve.

## 4.5.1 Criterios de Inclusión a la Muestra

Tanto para G<sub>1</sub> como para G<sub>2</sub>:

1. Que se les diagnosticara depresión en la entrevista clínica de admisión.
2. Haber obtenido una puntuación T mayor a 70 en la escala 2 del MMPI.
3. No haber estado en tratamiento anteriormente.

#### 4.5.2 Tipo de Muestreo

Para la selección de los sujetos que integraron la muestra se empleó un muestreo no probabilístico, ya que no se conocían las probabilidades de cada individuo de ser incluido en la muestra. También se usó un muestreo intencional, debido a que se requería tener las características antes expuestas para formar parte de la muestra, lo que imposibilitó la selección aleatoria. A este respecto Padua (1982) indica: "Son el producto de una selección de casos según el criterio de algún experto; por medio de esto se seleccionan algunos casos que resultan ser 'típicos' ... estas muestras no son totalmente inútiles ... sobre todo si se utiliza a estos casos como 'informantes claves' sobre situaciones específicas ...".

Dado que el investigador determinó el número de sujetos con los que trabajó fue un muestreo por cuota, donde "A una serie de entrevistadores (profesionales o no) les es fijada una cuota de individuos ... especificándoles sus características ..." (Padua, 1982).

La asignación de los sujetos a cada grupo se realizó al azar (por medio de lotería).

Por todo lo anterior, la muestra en estudio presenta las siguientes características. En primer término, estuvo constituida por los sujetos que llegaron a solicitar tratamiento, por lo cual el número de variables extrañas se incrementó. En segundo lugar, sólo participaron en la investigación 20 sujetos, por lo que el tamaño de muestra es pequeño. Además, la selección de tales sujetos no fue aleatoria, y esto implica una no representatividad, lo que no permitirá la generalización de los datos a otras poblaciones.

#### 4.6 Diseño de Investigación

Fue un diseño de dos muestras independientes, pues por ser esta una investigación que buscaba diferencias, se utilizaron dos grupos para el estudio del fenómeno. También fue un diseño de grupo de comparación no equivalente, en el cual a "ambos grupos se les administra una preprueba, que proporciona alguna información en cuanto a su igualdad' antes de la administración del tratamiento experimental. Sin embargo, aun cuando se muestra que los dos grupos son equivalentes con relación a la preprueba, sin duda difieren en muchas otras formas; incluso con puntuaciones de preprueba idénticas, no hay razón para considerarlos como grupos equivalentes." (McGuigan, 1983).

Respecto al tipo de estudio este fue descriptivo, ya que los resultados, además de brindar un mayor conocimiento del fenómeno como se presenta en la realidad, definen a cierto grupo de individuos, lo que conduce a conclusiones específicas para la población investigada. De igual manera, fue un estudio de campo, ya que la investigación se llevó a cabo en una situación real, por lo que no existió un control absoluto de variables extrañas.

Respecto al control de las variables extrañas se aplicó el procedimiento de aleatorización, esto es, la asignación al azar de los sujetos a los grupos, lo cual, según Kerlinger (1986), permite controlar "todas" las posibles variables extrañas. No obstante lo anterior, dado que la muestra fue muy pequeña y el muestreo empleado fue no probabilístico, es difícil que se cumpla dicha condición. Por consiguiente, el estudio tiene poca validez externa, es decir, no puede generalizarse a otras situaciones semejantes (Campbell y Stanley, 1982).

#### 4.7 Instrumentos de Medición

Para determinar el nivel de depresión de los sujetos de ambos grupos se aplicó un pretest y un postest del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

##### 4.7.1 Características de la Prueba

El MMPI es un inventario de personalidad que puede administrarse en forma individual y colectiva. En su forma más usual consta de:

- a) Un cuadernillo conteniendo:
  - Las instrucciones para el examinado.
  - Los 566 reactivos de la prueba.
- b) La hoja de respuestas (protocolo), donde el sujeto marca con un lápiz si cada una de las frases, en su caso, es cierta o falsa. Esta hoja además contiene una ficha de identificación (nombre, sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, dirección, fecha de la prueba, y referencia).
- c) Las claves para la calificación de la prueba.
- d) Las hojas para el trazo del perfil (masculino y femenino).
- e) El manual de la prueba.

La adaptación de la prueba para América Latina consta de 566 frases, que abarcan una gran variedad de temas, y se han clasificado de la siguiente manera:

1. Salud en general (9).
2. Síntomas neurológicos generales (19).
3. Nervios craneales (11).

4. Matrices y coordinación (6).
5. Sensibilidad (5).
6. Problemas vasomotores, tróficos (alimenticios), del habla y secretorios (10).
7. Sistema cardiorespiratorio (5).
8. Sistema gastrointestinal (11).
9. Sistema genitourinario (5).
10. Hábitos (19).
11. Relaciones familiares y maritales (26).
12. Problemas ocupacionales (18).
13. Problemas educacionales (12).
14. Actitudes sexuales (16).
15. Actitudes religiosas (19).
16. Actitudes políticas, ley y orden (46).
17. Actitudes sociales (72).
18. Afecto depresivo (32).
19. Afecto maniaco (24).
20. Estados obsesivo-compulsivos (15).
21. Alucinaciones, ilusiones, ideas de referencia (31).
22. Fobias (29).
23. Tendencias sádicas y masoquistas (7).
24. Moral (33).
25. Reactivos relacionados con masculinidad/feminidad (55).
26. Reactivos que indican cuando el sujeto esta intentando colocarse a sí mismo en una situación poco aceptable (15).

Estas frases suman en total 550, habiendo 16 frases más, repetidas, para llegar al total de 566 items que forman la prueba.

En este test existen 10 escalas llamadas "clínicas" y cuatro escalas "de validez", además de las escalas adicionales que se han obtenido a partir de ulteriores investigaciones y que son muy numerosas, como por ejemplo: índice de ansiedad manifiesta, ansiedad manifiesta, fortaleza del ego, control de la hostilidad, represión, alcoholismo, etc.

Las escalas clínicas se obtuvieron al seleccionar una muestra de pacientes psiquiátricos internados en el Hospital Psiquiátrico de Minnesota, pacientes ya claramente diagnosticados por otros medios. Se analizaron las respuestas obtenidas y se determinó la forma particular y característica en la que dichos sujetos contestaban cada ítem, y se hizo una comparación con una muestra representativa de la población normal.

Las bases en las que se fundamenta esta prueba siguen el criterio de que cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta (en este caso en la forma de contestar a una serie de preguntas acerca de ellos mismos) son también similares en otras conductas, y por lo tanto, ciertas características de su personalidad se evidencian en sus respuestas a la prueba, cuando estas contestaciones se comparan con las de un grupo específico.

#### 4.7.2 Escalas Clínicas

Las escalas clínicas que se derivaron al comparar los resultados de la prueba recibieron el nombre del síndrome que identifican, y son:

1. Hs Hipocondriasis.
2. D. Depresión.
3. Hi Histeria.
4. Dp Desviación psicopática.

5. Mf Masculinidad/feminidad.
6. Pa Paranoia.
7. Pt Psicastenia.
8. Es Esquizofrenia.
9. Ma Mania.
0. Si Sociabilidad (introversión/extraversión)..

La escala que interesa para este estudio es la 2 (depresión), que es la segunda escala de la "triada neurótica", y consta de 60 reactivos. Esta escala se estableció para medir el grado de depresión, que es un cuadro clínico que se caracteriza por:

- Sentimiento de tristeza.
- Pesimismo hacia el futuro.
- Baja autoestima.
- Falta de motivación.
- Preocupación ante la idea de la muerte.
- Pensamientos suicidas, etc.

Puesto que la depresión es uno de los principales cuadros característicos de todo paciente psiquiátrico, con frecuencia se encuentra elevada esta escala en el perfil del MMPI, y a menudo como pico de perfil. Esto también sucede en estudiantes universitarios, reflejando su preocupación e insatisfacción en relación a problemas académicos, así como a problemas en la relación con el sexo opuesto y problemas de tipo vocacional.

Los puntajes altos se encuentran en pacientes silenciosos, aislados, apáticos, sumisos, insatisfechos, pesimistas, que se sienten inadecuados. En casos extremos puede haber suicidio.

Los puntajes altos en población normal se encuentran en hombres modestos, sensibles, con intereses estéticos, insatisfechos, emotivos, tensos,

preocupados, serios, generosos, sentimentales, sumisos, pesimistas, con poca autoconfianza; y en mujeres preocupadas, modestas, francas, indecisas, sumisas, pesimistas.

Los puntajes bajos se encuentran en sujetos por lo general activos, optimistas, con confianza en si mismos, que tienen buenas relaciones interpersonales. Los hombres son equilibrados, activos, aventureros, joviales, energicos, entusiastas, con buen sentido del humor, extrovertidos, con iniciativa. Las mujeres son prácticas, cooperadoras, razonables, de buen humor, eficientes, comunicativas, alegres.

#### 4.7.3 Escalas de Validez

Las cuatro escalas de validez son:

? No puedo decir (frases omitidas)

L Mentira (ajuste al grupo social)

F Validez (confusion, reconocimiento de los problemas)

K Corrección (defensas, actitud del sujeto ante la prueba y ante si mismo).

#### 4.7.4 Aplicaciones de la Prueba

La prueba se aplica a sujetos de 16 años en adelante, con un mínimo de seis años de escolaridad (primaria terminada). La administración de la prueba a personas analfabetas o a pacientes psiquiátricos se realiza en forma individual, cara a cara, y el examinador lee los reactivos al examinado y va marcando las respuestas proporcionadas por éste.

La mayoría de los sujetos tardan de una a dos horas para resolver la



prueba, siendo el tiempo promedio una hora con 30 minutos. Sin embargo, pacientes psiquiátricos pueden tardar más tiempo.

El MPI puede ser utilizado como instrumento discriminativo para separar sujetos mentalmente sanos y enfermos, o con tendencias más o menos patológicas. También se ha utilizado en la selección de personal en instituciones militares, industriales y educativas; en el diagnóstico de sujetos neuróticos, sujetos con personalidad psicopática, y en el estudio de psicóticos (Benavides y Di Castro, 1985).

#### 4.8 Procedimiento

1. De los sujetos que solicitaron atención en la institución donde se llevó a cabo esta investigación, se seleccionó a aquellos cuyo diagnóstico en la entrevista clínica de admisión fue depresión.

2. A tales individuos se les aplicó el MPI (pretest), y se eligió a los que obtuvieron una puntuación T mayor a 70 en la escala 2 (depresión) para conformar los grupos de tratamiento farmacológico (G<sub>1</sub>) y terapia breve de grupo (G<sub>2</sub>).

3. La asignación de los sujetos a los grupos se realizó al azar, por medio de lotería.

4. Se dio tratamiento farmacológico a un grupo y terapia breve de grupo a otro, durante seis meses.

5. Se aplicó el posttest del MPI (seis meses después), una vez concluidos los tratamientos.

6. Se calificó el MPI, y se codificaron y analizaron los datos.

#### 4.9 Análisis Estadístico

De acuerdo al diseño utilizado y a las variables estudiadas, los datos se apreciaron de la siguiente manera:

Los puntajes obtenidos en la escala 2 del MMPI se analizaron mediante la prueba t de Student, con el fin de comprobar si existían diferencias entre los grupos G<sub>1</sub> (tratamiento farmacológico y G<sub>2</sub> (terapia breve de grupo), y entre sus pretest y postest.

La t. de Student se aplicó para comparar los resultados entre los siguientes datos:

1. Pretest del grupo de tratamiento farmacológico vs. pretest del grupo de terapia breve de grupo (prueba t para muestras independientes).
2. Pretest del grupo de tratamiento farmacológico vs. postest del mismo grupo (prueba t para muestras correlacionadas).
3. Pretest del grupo de terapia breve de grupo vs. postest del mismo grupo (prueba t para muestras correlacionadas).
4. Postest del grupo de tratamiento farmacológico vs. postest del grupo de terapia breve de grupo (prueba t para muestras independientes).

## CAPITULO

## RESULTADOS

5.1 Resultados

TABLA DE RESULTADOS DE LA DIFERENCIA DE MEDIAS  
EN EL PRETEST ENTRE EL  $G_1$  Y EL  $G_2$

GRUPO	CONDICION	x	DS	g1	$t_c$	$t_e$	sig
Tratamiento Farmacologico	Pretest	80.75	5.333	15	0.023	2.490	no
Terapia Breve de Grupo		80.67	8.300				

En la prueba t que se aplicó para el pretest del grupo de tratamiento farmacológico ( $G_1$ ) vs. el pretest del grupo de terapia breve de grupo ( $G_2$ ), se tiene un total de 17 sujetos, divididos en dos grupos:  $G_1$  con ocho sujetos, equivalentes al 47.06% del total de la muestra, y  $G_2$  con nueve sujetos, equivalentes al 52.94% de la muestra investigada.

En esta prueba t se contrastó la puntuación obtenida en la escala 2 del MMPÍ de los pretest del  $G_1$  y del  $G_2$ . El  $G_1$  obtuvo una media de 80.75 con una desviación estándar de 5.33; mientras que en el  $G_2$  la media fue de 80.67 con una desviación estándar de 8.30. Debido a que la t calculada (0.02) es menor que la t esperada (2.49), se acepta la hipótesis nula que dice: No existen diferencias estadísticamente significativas en el pretest, entre el grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ) y el tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

TABLA DE RESULTADOS DE LA DIFERENCIA DE MEDIAS  
 ENTRE EL PRETEST Y POSTEST DEL  $G_1$  Y ENTRE EL PRETEST Y POSTEST DEL  $G_2$

GRUPO	CONDICION	x	DS	gl	$t_c$	$t_e$	sig
Tratamiento Farmacologico	Pretest	80.75	5.333	7	1.009	2.841	no
	Postest	77.25	9.588				
Terapia Breve de Grupo	Pretest	80.67	8.300	8	2.248	2.752	no
	Postest	74.44	12.67				

Al tomar la prueba t que se aplicó para el pretest del grupo de tratamiento farmacológico ( $G_1$ ) vs. el postest del mismo grupo, se tiene un total de ocho sujetos, equivalentes al 47.06% del total de la muestra, cuyas puntuaciones de depresión se encuentran divididas en dos partes: pretest y postest.

En esta prueba t se contrastó la puntuación obtenida en la escala 2 del MMPI del pretest y del postest del  $G_1$ . En el pretest se obtuvo una media de 80.75 con una desviación estándar de 5.33; y en el postest la media fue de 77.25 con una desviación estándar de 9.59.

Debido a que la t calculada (1.01) es menor que la t esperada (2.84), se acepta la hipótesis nula que dice: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest del grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ).

En la prueba t que se aplicó para el pretest del grupo de terapia breve de grupo ( $G_2$ ) vs. el postest del mismo grupo, se tiene un total de nueve sujetos, equivalentes al 52.94% de la muestra investigada, cuyas puntuaciones de depresión se encuentran divididas en dos partes: pretest y postest.

En esta prueba t se contrastó la puntuación obtenida en la escala 2 del MMPI del pretest y del postest del  $G_2$ . En el pretest se obtuvo una media de 80.67 con una desviación estándar de 8.30; y en el postest la media fue de 74.44 con una desviación estándar de 12.67.

Debido a que la t calculada (2.25) es menor que la t esperada (2.75), se acepta la hipótesis nula que dice: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest del grupo tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

TABLA DE RESULTADOS DE LA DIFERENCIA DE MEDIAS  
EN EL POSTEST ENTRE EL  $G_1$  Y EL  $G_2$

GRUPO	CONDICION	x	DS	gl	$t_c$	$t_e$	sig
Tratamiento Farmacológico	Postest	77.25	9.588	15	0.479	2.490	no
Terapia Breve de Grupo		74.44	12.67				

En la prueba t que se aplicó para el postest del grupo de tratamiento farmacológico ( $G_1$ ) vs. el postest del grupo de terapia breve de grupo ( $G_2$ ), se contrastó la puntuación obtenida en la escala 2 del MMPI de los postest del  $G_1$  y del  $G_2$ . El  $G_1$  obtuvo una media de 77.25 con una desviación estándar de 9.59; mientras que en el  $G_2$  la media fue de 74.44 con una desviación estándar de 12.67. Debido a que la t calculada (0.48) es menor que la t esperada (2.49), se acepta la hipótesis nula que dice: No existen diferencias estadísticamente significativas en el postest, entre el grupo tratado farmacológicamente ( $G_1$ ) y el tratado con terapia breve de grupo ( $G_2$ ).

## 5.2 Interpretación y Discusión de los Resultados

El propósito del presente estudio fue contrastar la efectividad que tienen el tratamiento farmacológico y la terapia breve de grupo para reducir el nivel de depresión. La hipótesis que sustenta este trabajo plantea que la terapia breve de grupo es más efectiva después de seis meses de tratamiento. Con el fin de comprobarlo, se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) a los individuos que solicitaron atención psicológica en el centro hospitalario donde se llevó a cabo esta investigación. Los resultados obtenidos sirvieron para elegir a 20 sujetos depresivos, a los cuales se dividió en dos grupos, de 10 sujetos cada uno: G<sub>1</sub> que recibió fármacos y G<sub>2</sub> que recibió terapia breve de grupo. Esta primera aplicación del MMPI se utilizó como pretest para ambos grupos.

Una vez realizados los tratamientos, se aplicó nuevamente el MMPI para determinar los efectos que estos tuvieron en el nivel de depresión. Esto pudo observarse en la escala 2 de dicho instrumento.

Cabe mencionar que en el G<sub>1</sub> dos personas suspendieron el tratamiento, y en el G<sub>2</sub> una, por lo que al finalizar, el primer grupo quedó constituido por ocho sujetos y el segundo por nueve.

Con base en el análisis estadístico efectuado (prueba t de Student), se puede constatar que se comprobaron las hipótesis nulas señaladas en la metodología, y puede afirmarse que, para este caso, no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre el grupo tratado farmacológicamente (G<sub>1</sub>) y el tratado con terapia breve de grupo (G<sub>2</sub>).

En lo referente a la comparación realizada entre los pretest del grupo de tratamiento farmacológico ( $\bar{x}=80.75$ ) y del grupo de terapia breve ( $\bar{x}=80.67$ ), el valor t fue de 0.02, que no reporta diferencias significativas. Dado que el

valor esperado de  $t$  para que estas resultaran significativas es de 2.49, se puede decir que la diferencia entre ambos grupos es mínima; de ahí que pueda afirmarse que ambos grupos poseen una cierta equivalencia estadística respecto a las puntuaciones obtenidas en la escala 2 del MMPI en la parte anterior al tratamiento. Sin embargo, no hay que perder de vista que es un grupo de comparación no equivalente, en el que, aunque se determine una "igualdad" en la preprueba antes de la administración del tratamiento experimental, difieren en muchas otras formas, como lo señala McGuigan (1983).

En lo particular, respecto a la comparación efectuada entre el pretest ( $x=80.75$ ) y el posttest ( $x=77.25$ ) del grupo de tratamiento farmacológico, el valor  $t$  fue de 1.01, que no reporta diferencias significativas. Puesto que el valor esperado de  $t$  para que éstas resultaran significativas es de 2.64, puede mencionarse que la diferencia observada entre las medias, además de no ser significativa, indica un decremento mínimo en el nivel de depresión obtenido después del tratamiento farmacológico.

Estos resultados pueden deberse a que, aun cuando sean los pacientes quienes generalmente soliciten ser tratados con psicofármacos (pues resulta fácil acentar que una píldora mitigue la depresión), la terapia farmacológica produce una mejoría de los síntomas dependiendo del caso, mejoría que no se produce en los más severos. A este respecto Arieti (1990) agrega que no obstante que el paciente se recupere, sigue conservando la misma estructura psicológica, por lo que la terapia con psicofármacos debe considerarse como un tratamiento sintomático de moderada eficacia.

En relación a la comparación llevada a cabo entre el pretest ( $x=80.67$ ) y el posttest ( $x=74.44$ ) del grupo de terapia breve, el valor  $t$  fue de 2.25, que no reporta diferencias significativas. Ya que el valor esperado de  $t$  para que estas resultaran significativas es de 2.75, se puede decir que la diferencia

observada entre las medias, aunque no es significativa, indica un decremento considerable en el nivel de depresión obtenido después del tratamiento de terapia breve de grupo.

Sin embargo, aunque la hipótesis alterna no se haya comprobado, se observa una tendencia hacia la propuesta. De igual manera, aquí es importante considerar las variables extrañas implicadas en este estudio y que, en definitiva, se relacionan con los resultados obtenidos. Pero de éstas se hablara mas adelante.

En cuanto a la comparacion correspondiente a los posttest del grupo de tratamiento farmacológico ( $x=77.25$ ) y del grupo de terapia breve ( $x=74.44$ ), el valor  $t$  fue de 0.48, que no reporta diferencias significativas. Si el valor esperado de  $t$  es de 2.49 para que estas sean significativas, se puede decir que la diferencia entre ambos grupos es minima; de asi que no se confirme la hipótesis de trabajo de esta investigación, es decir, el grupo tratado con terapia breve durante seis meses no redujo en mayor medida el nivel de depresión, comparado con el grupo tratado farmacológicamente en igual lapso.

La obtencion de los datos anteriormente expuestos puede partir de diversas situaciones. En primer termino, se tiene que el numero de sujetos que respaldan las hipótesis es muy limitado, y no es posible que a partir de estos resultados se afirme que uno u otro tratamiento no son efectivos o que uno es más efectivo que el otro.

Se tiene tambien que aun cuando la asignacion de los sujetos a los grupos se realizó por aleatorizacion, el número de variables extrañas (no controladas) es bastante considerable. Entre las mas relevantes se mencionan:

a) Para ambos grupos: sexo, edad, escolaridad, ocupacion, nivel socioeconomico, estado civil, religion, datos biograficos (historia clinica), interaccion familiar, contexto social donde se desenvuelve el individuo,



origen y tipo de depresión, intentos de solución por parte del sujeto, adaptación y constancia al tratamiento.

b) Para el grupo de tratamiento farmacológico: dosis de antidepressivo, frecuencia de la dosis, e ingesta adicional de medicamentos.

c) Para el grupo de terapia breve: asistencia a las sesiones, transferencia negativa, resistencias, grado de realidad de cada paciente, alianza terapéutica, y grado de asociación de la depresión con otras patologías axiales.

Algunos autores mencionan la importancia de estas variables en el cuadro depresivo. Marván et al. (1988) señalan que respecto a la incidencia de la depresión, se ha observado que la endógena es más frecuente en adultos jóvenes (entre 20 y 25 años de edad) y afecta más al sexo femenino. Por su Buendía (1989) comenta que en los estudios llevados a cabo independientemente del lugar, se ha observado que los trastornos depresivos son más habituales en mujeres que en hombres (10% de mujeres y 5% de hombres, aproximadamente). Estos resultados los apoyan Calderón (1987) y Ey, Bernard y Brisset (1987).

En lo relativo al estado civil, Arieti (1990) menciona que, por lo común, el riesgo es mayor para las personas solteras, viudas, separadas o divorciadas, debido a que su vida pasada los predispone a sentirse más indefensos y desesperanzados.

Respecto a la ocupación, Buendía (1989) reporta que las personas en situación de paro laboral obtienen de forma consistente puntuaciones más altas en sintomatología depresiva. Como ya se había mencionado, la depresión es notablemente más frecuente en mujeres que en hombres de la población ocupada, pero entre los desempleados se observan niveles de sintomatología muy semejantes. Y respecto a la edad, las personas más afectadas de trastorno depresivo se encuentran entre los 26 y 35 años en la población desempleada, y

de 36 a 55 en la población ocupada.

En el caso de los desempleados, la depresión se asocia con las dificultades económicas habidas durante el tiempo de desempleo, es decir, se observan más trastornos en la medida que estas dificultades son más graves (Buendía, 1989).

Este autor también reporta que para la población en general, cuando los sujetos perciben como frustrantes las relaciones familiares, se encuentran trastornos afectivos relacionados con la depresión.

En función del apoyo social comenta que en cuanto aumenta la percepción del mismo, disminuye la sintomatología depresiva. A este respecto Gómez y Avalos (1982) mencionan la importancia de la familia y los amigos, en particular cuando la vida del paciente corre peligro.

Por otro lado, Gómez y Avalos (1982) señalan como factores ambientales desencadenantes al stress, traumas psicológicos y conflictos.

Aunado a todo esto se tiene que la depresión es un cuadro difícil de modificar, y que es fácil que el paciente recurra. Además, como Cameron (1982) señala, aunque en las depresiones puede recurrirse a la terapia con muchas probabilidades de éxito, es importante tener presente que la terapia busca mejorar y no necesariamente curar.

Durante el proceso terapéutico pueden surgir algunos eventos vitales que, según Loyd (citado en: Ezquiaga y García, 1986), son concurrentes con la terapia, es decir, están relacionados con una mala respuesta. Parker et al. (citados en: Ezquiaga y García, 1986) encontraron dos tipos de estos acontecimientos que favorecen la remisión clínica: las pérdidas de una relación íntima y los acontecimientos "positivos".

En esta investigación no se llevó un control de las situaciones por las que atravesaron los individuos de la muestra durante los seis meses de

tratamiento, excepto en los sujetos del grupo de terapia breve donde, por la naturaleza del mismo, esto se hizo necesario.

Por otro lado, Ezquigala y Garcia (1986) proponen que los factores estresantes crónicos pueden considerarse concurrentes con la terapia. Sin embargo, en su estudio realizado en 77 sujetos diagnosticados de depresión mayor, detectan que aunque estos factores pueden seguir incidiendo sobre el paciente en el curso del tratamiento, no influyen significativamente sobre la respuesta al mismo.

### 5.3 Conclusiones

Las conclusiones aquí presentadas habrán de analizarse dentro del contexto en que se ha realizado el trabajo y con toda precaución dado el tamaño de la muestra, su selección no aleatoria, la sensibilidad del estadígrafo utilizado y del cuestionario empleado.

Teniendo en cuenta estos inconvenientes se puede concluir diciendo que:

- Este tratamiento de terapia breve de grupo no es más efectivo que el tratamiento farmacológico para reducir el nivel de depresión en un lapso de seis meses.
- No se observaron diferencias significativas en la puntuación obtenida en la escala 2 del MMPI, ni entre los pretest y posttest, ni entre los grupos tratados farmacológicamente y con terapia breve de grupo.
- Es necesario ampliar el tamaño de muestra para llegar a conclusiones susceptibles de ser mejor analizadas.
- Deben incluirse en el diseño las variables extrañas como sexo, edad, escolaridad, historia clínica, y todas las antes mencionadas, con el fin de obtener resultados más confiables.

- Es necesario considerar que la observación directa es un medio importante para estar en contacto con el paciente, y la terapia breve de grupo brinda la oportunidad de hacerlo y dar al paciente una mejor y más acertada ayuda de acuerdo a su problemática.
  - Elegir una terapia de grupo y no una individual parte de la premisa de que la característica principal del sujeto deprimido es la carencia de autoestima y la gran devaluación de su propia personalidad. En un grupo va a ser escuchado y atendido por nueve o diez personas, lo que le va a dar un lugar y un espacio dentro del grupo. También van a darse en el grupo diferentes vivencias y situaciones con las que el paciente va a sentirse identificado, pues no será el único que piense o sienta de determinada manera. Tendrá la oportunidad de expresarse sin temor a la crítica o a no ser comprendido, ya que el resto del grupo se encuentra o ha pasado por experiencias similares. Esto va a permitirle decrementar sus resistencias y estar más conciente de su enfermedad, además de encontrar una solución alimentada o sugerida por algún otro miembro del grupo. De igual forma, éste puede aportar soluciones para otro compañero respecto a alguna situación que a él le haya sido difícil de manejar. Este sentido de utilidad al otro también representa un gran beneficio para la recuperación del depresivo.
- A pesar de que los resultados no hayan sido significativos para afirmar que la terapia breve de grupo es más efectiva que el tratamiento farmacológico, se observó a través de los seis meses de tratamiento terapéutico una mejoría en función de la estructura psicológica de los pacientes. La terapia breve de grupo provoca de alguna manera diferentes cambios en sus conductas y en el manejo de sus emociones; estas se perciben más controladas y positivas. También

surge un incremento en la capacidad para la resolución de problemas, mismos que en ocasiones son observados durante el tratamiento. Estos cambios pueden corroborarse tanto en los perfiles de personalidad como en los reportes de las sesiones de terapia breve de grupo (si alguien está interesado en conocer los resultados de las sesiones, se tiene el material disponible).

#### 5.4 Limitaciones y Sugerencias

En primer término, es importante mencionar que la información que existe respecto al área no está enfocada, sino en casos particulares, a la población mexicana y a las terapias implicadas en esta investigación.

Cabe considerar que la muestra estuvo constituida por sujetos que llegaron a solicitar tratamiento, por lo cual el número de variables extrañas no controladas se incrementa.

Otra limitación es el tamaño de la muestra y su selección no aleatoria, lo cual implica una no representatividad, lo que no permitiría la generalización de los datos a otras poblaciones. Por esta razón se aconseja emplear muestras aleatorias y de mayor tamaño en estudios posteriores.

Para otras investigaciones sería interesante realizar cruces entre las variables sexo, edad, escolaridad, estado civil, predominio de algún síntoma, tipo de depresión, origen de la misma, y todas las variables extrañas antes mencionadas.

Por otro lado, se recomienda realizar un estudio longitudinal para investigar los cambios observados en el cuadro clínico depresivo en diferentes momentos del tratamiento. También es conveniente realizar un seguimiento de los sujetos con el mismo fin.

Es recomendable una evaluación cualitativa de los cambios observados a nivel conductual, fisiológico y psicológico, en cada uno de los pacientes.

Sería conveniente y deseable poder continuar esta línea de trabajos ampliándolos a la población general, y, por otra parte, confirmándolos con el empleo de otras pruebas y metodologías distintas.

De aquí parte la idea de crear instrumentos sensibles y válidos para evaluar el efecto de los tratamientos psicoterapéuticos sobre la salud mental del individuo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

## CITAS BIBLIOGRAFICAS

### Capítulo 1

Hipócrates            citado en: Marván, M. L., Alcalá, H. V., Chacón, L. y Contreras, C. M. (1988). El desarrollo de los conceptos biológicos sobre la depresión, p. 65.

Plutarco              citado en: Ibid., pp. 62-63.

Gaieno                citado en: Ibid., p. 63.

Agustín Farfán        citado en: Ibid., pp. 67-68.

Ibid., p. 65.

Id.

American Psychiatric Association. (1987). DSM III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, p. 215.

### Capítulo 2

Abraham              citado en: Benporad, J. (1990a). Revisión crítica de los principales conceptos de depresión, p. 30.

Ibid., p. 31.

Id.

Ibid., pp. 34-35.

Marván, et al., op. cit., p. 63.

Ibid., p. 65.



### Capitulo 3

Arieti, S. (1990). Psicoterapia de la depresión profunda, p. 226.

Id.

### Capitulo 4

Padua, J. (1982). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales.  
p. 83.

Mc Guigan, F. J. (1982). Psicología experimental: Enfoque metodológico, p. 341.

## REVISION DOCUMENTAL

### Bibliografía

American Psychiatric Association. (1987). DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Arieti, S. (1990). Psicoterapia de la depresión profunda. En Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.

Arieti, S. (1990a). Factores socioculturales, sociología del conocimiento y depresión. En Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.

Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.

Arnau, G. J. (1984). Psicología experimental: Un enfoque metodológico. México: Trillas.

Axelrod, P. R. (1990). Una alternativa para la medición de la depresión. Tesis inédita de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Bellak, L. (1978). Introducción. En Snell, L. (1978). Psicoterapias breves. Barcelona: Granica.

Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la depresión leve. En Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.

Bemporad, J. (1990a). Revisión crítica de los principales conceptos de depresión. En Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.

Benavides, T. J. y Di Castro, S. F. (1985). Técnicas de evaluación de la personalidad. México: UNAM.

- Berne, E. (1966). Principles of group treatment. Nueva York: Grove Press.
- Buendía, V. J. (1989). Aspectos psicológicos y psicopatológicos del desempleo: depresión y apoyo social. Psiquis, 10 (2), 47-53.
- Calderón, N. G. (1987). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.
- Cameron, N. (1982). Desarrollo y psicopatología de la personalidad: un enfoque dinámico. México: Trillas.
- Campbell, D. T. y Stanley, J. C. (1962). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cartwright, D. y Zander, A. (1985). Dinámica de grupos: Investigación y teoría. México: Trillas
- Castillas, L. J. (1981). Errores frecuentes en la psicoterapia de grupo. Salud Mental, 4 (2), 72-73.
- De la Fuente, J. R. (1981). Los nuevos antidepressivos. Salud Mental, 4 (1), 31-33.
- De la Fuente, J. R. y Alarcón-Segovia, D. (1981). La depresión expresada en el arte precolombino mexicano. Salud Mental, 4 (4), 30-33.
- Díaz-Barriga, S. L. (1981). Hacia una farmacoterapia racional de la depresión. Salud Mental, 4 (4), 60-61.
- Dieter, G. K., Herrera, M. E. y Reynaga, J. (1985). Manual de diseños de investigación: Texto autoadministrable. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. (1987). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Masson.
- Ezquiaga T. R. y García, L. A. (1986). Factores psicosociales y respuesta terapéutica en la depresión. Psiquis, 7 (6), 52-55.

- Graham, J. R. (1987). MMPI: Guía práctica. México: Manual Moderno.
- Gómez, I. y Avalos, F. (1982). La depresión. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 1, 11-32.
- Gómez, M. A. F. (1981a). Actividad del eje hipotalamo-hipofisis-suprarrenal en la enfermedad depresiva. Salud Mental, 4 (1), 51-52.
- Gómez, M. A. F. (1981). Características de los pacientes depresivos que solicitan servicios psiquiátricos en cuatro culturas. Salud Mental, 4 (4), 58-59.
- Kerlinger, F. N. (1986). Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología. México: Interamericana.
- Marván, M. L., Alcalá, H. V., Chacón, L. y Contreras, C. M. (1988). El desarrollo de los conceptos biológicos sobre la depresión. Boletín de Estudios Médicos y Biológicos, 36 (1-4), 61-74.
- McGuigan, F. J. (1983). Psicología experimental: Enfoque metodológico. México: Trillas.
- Núñez, R. (1983). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la psicopatología. México: Manual Moderno.
- Padua, J. (1982). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. México: F.C.E.
- Polanco-Lorenzo, A. (1985). La depresión. Barcelona: Martínez Roca.
- Quiroga, de la F. S. (1978). Psicoterapia de grupo breve en un grupo heterogéneo de pacientes hospitalizadas por problemas psiquiátricos agudos. ¡Datos crudos inéditos!.
- Ramírez, M. J. J. (1988). Susceptibilidad a la depresión medida de acuerdo con el Cuestionario de Estilos Atributivos y Rendimiento Académico. Revista Mexicana de Psicología, 5 (1), 8-14.
- Rivera, O., Esquivel, F. y Lucio, E. (1988). Taller sobre el manejo y la interpretación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). México: UNAM.

Sarason, I. G. y Sarason, B. G. (1984). Psicología anormal: Los problemas de la conducta desadaptada. México: Trillas.

Small, L. (1978). Psicoterapias breves. Barcelona: Granica.

Snedecor, G. W. y Cochran, W. G. (1984). Métodos estadísticos. México: CECOSA.

Wolberg, L. R. (1965a). The technic of short-term psychotherapy. En Wolberg, L. R. (1965). Short-term psychotherapy. Nueva York: Grune & Stratton.

Wolberg, L. R. (1965). Short-term psychotherapy. Nueva York: Grune & Stratton.

Wolf, A. (1965). Short-term group psychotherapy. En Wolberg, L. R. (1965). Short-term psychotherapy. Nueva York: Grune & Stratton.

## A P E N D I C E

TERAPIA BREVE DE GRUPO

Fenichel (citado en: Small, 1978) indica que, en parte, los profesionales se han volcado hacia la psicoterapia de grupo por considerarla una manera de atender a las necesidades de grandes cantidades de pacientes que necesitan tratamiento. Advierte que, en este caso, las relaciones de transferencia se hacen mucho más complicadas en el grupo, ya que las relaciones de objeto que se establecen entre los componentes, como el amor, el odio, los celos, la envidia, y también las identificaciones junto con sus influencias, complican el panorama. Además, afirma que el hecho de que el paciente pueda identificarse con la conducta de otros suele favorecer la superación de las resistencias.

Rogers (citado en: Small, 1978) menciona que la experiencia de grupo es una experiencia rica, libre y nueva para el paciente, que le ayuda a: 1) combatir la alienación y el aislamiento de la vida moderna; 2) alcanzar la satisfacción psicológica cuando se han gratificado las necesidades materiales; 3) reducir la tensión en una cultura cargada de conflictos; y 4) llegar a la meta existencial de vivir por completo en el presente.

Las formas de realizar la terapia de grupo han proliferado durante los últimos años; todas las variantes guardan relación con la idea original, pero difieren en cuanto a sus caminos y objetivos. Es evidente que la sociedad cada día es más consciente del valor de la salud mental, y exige más y más servicios en relación a su cuidado. Sin embargo, no todos los individuos comprenden que, a diferencia de lo que en general ocurre con las enfermedades físicas, las perturbaciones emocionales suelen requerir tratamiento prolongado e intenso. Así, pues, tienden a no cooperar con los proyectos de psicoterapia de largo

plazo.

De igual manera, se da el caso de los pacientes de recursos económicos limitados que no pueden pagar el costo de una psicoterapia a largo plazo, o de aquéllos que tienen problemas que requieren de una solución urgente, o de los que se encuentran en crisis, o bien, de los que necesitan de un tratamiento inmediato que impida que el mal evolucione hacia una desadaptación grave que puede llegar a ser una enfermedad seria y crónica.

De aquí se han tomado medidas para hacer accesible, como nunca lo había sido hasta ahora, una mayor gama de ese tipo de atenciones. Una de estas medidas es el establecimiento de límites de tiempo para la psicoterapia, lo cual crea, tanto en el terapeuta como en el paciente, una expectativa que ejerce influencia sobre los resultados del tratamiento.

Un ejemplo es el procedimiento elaborado por Strickler y Allgeyer (citado en: Small, 1978) para la formación de grupos de pacientes en crisis, donde los miembros alientan a cada paciente para que identifique su crisis. El grupo apoya, sugiere métodos de alternativa para la superación del problema, y expresa sentimientos. Se desalienta toda proposición de métodos inadaptados o destructivos. Si bien la herramienta del análisis del proceso de grupo no se encuentra en el grupo de crisis, éste ofrece una cantidad de ventajas cuando se le compara con la manera tradicional de encarar la terapia de grupo: 1) muchos individuos que no aceptarían la connotación de estar enfermos aceptan la ayuda que el grupo de crisis ofrece para la solución de problemas de la vida real, 2) muchos que abandonarían cualquier proceso de largo plazo se comprometen en el de corto plazo, y 3) la universalidad del lenguaje de la crisis supera las barreras de clase que generalmente separan al terapeuta del paciente de familia obrera.

Estos autores evaluaron los resultados del tratamiento de grupo para



individuos en crisis en un estudio piloto, que duró seis meses y que se realizó en el Benjaén Rush Center de Los Angeles. Los grupos se integraron con pacientes de un consultorio externo para adultos. Se excluyó a los aspirantes menores de edad, a los que presentaban síntomas suicidas u homicidas graves, y a los seriamente disminuidos en sus posibilidades de comunicación por razones de patología o de lenguaje. Durante el mencionado periodo de seis meses, se atendió a 30 pacientes. El número de integrantes de cada grupo fue de cuatro a ocho. Los autores clasificaron los resultados en tres categorías: 1) mejoría mínima: regreso al nivel de funcionamiento anterior a la crisis; 2) mejoría moderada: en su vuelta al nivel de funcionamiento anterior a la crisis, el paciente desarrolla medios de adaptación para superar riesgos emocionales; y 3) mejoría máxima: el paciente demuestra comprensión cognitiva de las técnicas de manejo que empleó en el pasado, por qué no resultaron eficaces ante el peligro reciente, y por qué sus nuevas técnicas son más eficientes para el manejo de esa y otras amenazas similares, que probablemente surjan en el futuro. Se estimó que 25 de los 30 pacientes del estudio piloto habían alcanzado uno de esos tres niveles de mejoría. De esos 25, dos tercios entraron en la categoría de la mejoría máxima, y un sexto en cada una de las otras dos.

En la psicoterapia breve, la limitación de tiempo, aparentemente, da al tratamiento una estructura definida de "principio, medio y fin"; además, facilita la tarea de manejar los sentimientos del paciente acerca de la finalización del tratamiento, es decir, contrarresta el efecto de la resistencia a la terminación, factor de prolongación del tratamiento (Small, 1973).

Keeler (citado en: Small, 1978), con base en su experiencia, extrae un conjunto de criterios aplicables al pronóstico en la terapia de grupo de corto

plazo. Afirma que dicho pronóstico es más favorable cuando por lo menos la mitad de los pacientes del grupo se encuentran entre los 20 y los 40 años, pertenecen todos al mismo sexo o la distribución de sexos es pareja, y presentan una combinación de tipos de diagnóstico.

Wolf (1965), por su parte, sugiere que en la terapia breve de grupo los pacientes se agrupen de manera homogénea, ya sea por síntomas, diagnóstico, sexo, disturbios psicósomáticos, psicodinámica, psicopatología, educación, estatus social, estructura de carácter, antecedentes, etc.

Por su parte, Wolberg (1965a) señala la esquematización de dicha terapia:

1. Establecer una rápida relación de trabajo.
  - a) Escuchar de manera empática la historia del paciente.
  - b) Comunicar el entendimiento.
  - c) Comunicar al paciente la confidencialidad del acercamiento.
  - d) Tranquilizar al paciente respecto a que tiene posibilidades de tratamiento.
  - e) Estructurar la situación terapéutica.
2. Llegar a diagnósticos tentativos.
3. Involucrarse con el paciente en una hipótesis de trabajo respecto a su psicodinámica.
4. Limitar el área del problema como un foco de exploración. Elucidar patrones neuróticos y alentar al paciente a conservarse conforme a éstos.
5. Emplear la interpretación de los sueños cuando el terapeuta está entrenado analíticamente.
6. Estar alerta a las resistencias y resolverlas tan rápidamente como sea posible.
7. Provocar y manejar la transferencia para evitar una transferencia

neurótica.

8. Abordar de manera inmediata los elementos destructivos en el ambiente para explorar la relación, antes de que éstos se intensifiquen.
9. Abordar los "síntomas objetivo" como tensión excesiva, ansiedad y depresión.
10. Enseñar al paciente a usar su insight como una fuerza correctiva, a relacionar sus síntomas con su conflicto interno, y a reconocer sus mecanismos de defensa contraproducentes.
11. Bosquejar con el paciente un plan definido de acción con el cual él pueda utilizar su insight en dirección al cambio.
12. Alentar el desarrollo de una propia filosofía de vida.
13. Terminar la terapia.