

# ESTUDIO DOBLE CIEGO CON ANTIDEPRESIVO, PSICOTERAPIA BREVE Y PLACEBO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE A MODERADA

Jaime López Rodríguez\*, Marco Antonio López Butrón\*\*, Blanca Estela Vargas Terrez\*, Valerio Villamil Salcedo\*

## SUMMARY

**Background:** Depression is the most frequent mental disorder in the world; its overall prevalence is about 8-12%. In Mexico, it has been calculated that 8.3% of the population aged 18-64 years has suffered this disorder along their lifetime. Disregarding country or culture, depression is two to three times more frequent in women than in men, more usual among separated or divorced people, and in those who live alone or in rural areas. Although it can be present at any time, 50% of the subjects start suffering depression when they are between 20 to 50 years old, with 40 years being the average age. The etiology of depression is multifactorial because the biological, genetic and psychosocial factors which are involved release the illness or exacerbate its symptoms at a lesser or greater degree. From a psychoanalytical point of view, Freud postulated that depressed patients directed their anger towards themselves as a result of an identification with the lost object; being this the only way the "self" has to give up the object. As a result, new psychological theories of depression came into being, together with new kinds of treatment. In the last ten years, the role of psychotherapy in the treatment of depression has been widely discussed, and it has been proposed as a part of an integral handling. Nevertheless, such a treatment depends on the severity of depression and of the benefits obtained with antidepressants. The advantages of a mixed treatment have been proposed for depressed patients showing a partial response to a single treatment, for those with chronic depression and for patients with brief recovery periods. Thus, Bellak's brief and urgency therapy for the treatment of depression came into being. This kind of therapy uses psychodynamic theoretical elements together with psychodynamic, supportive and cognitive techniques. It takes into account problems concerning the self-esteem regulation, the severe superego, the intra-aggression, the feeling of object loss, the feeling of object delusion, the feeling of deception, the orality, the narcissism dependence, the denial and the interferences in object relationships. Bellak's therapy acts on the first nine points in contrast to long-term therapies which act mainly on object relationships.

**Objective:** To compare the effectiveness of psychotherapeutic, pharmacological, mixed and placebo treatments of mild to moderate depression.

**Material and method:** A prospective cohort study was designed. Volunteers were selected from outpatients attending the Centro de Salud Castro Villagrana. During 90 consecutive days, 40 subjects, men and women aged 18 to 60 years, with a diagnosis of mild to moderate depression were treated. Depression was rated according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition (DSM-IV), and the *International Classification of Diseases*, tenth edition (ICD-10). Severity of depression was measured with the Hamilton Scale for Severity of Depression (HAM-D). All participants signed an informed consent. Ten patients were randomly assigned to each one of the four treatment groups: Group A: fluoxetine 20 mg/day and a weekly session without psychotherapy. Group B: a weekly session of Bellak's psychotherapy without pharmacotherapy. Group C: fluoxetine 20 mg/day and a weekly session of Bellak's psychotherapy (mixed group). Group D: placebo and a weekly session without psychotherapy. For statistical analysis, Student's t test was used before and after the treatment and the ANOVA for groups comparison.

**Results:** 62.5% were women and 37.5% males; 37.5% were single, 55% married and 7.5% divorced; 72.5% of the patients had an occupation; average age of the sample was 31.9 years; schooling average was 10.8 years. The mean baseline in HAM-D for the 40 patients was 17.27 points (minimum = 15; maximum = 19). By the third week, an important reduction in HAM-D points appeared for groups A, B and C in comparison to group D ( $p < 0.001$ ). In the seventh week, groups A and C presented a decrease in HAM-D points in comparison to group B ( $p < 0.05$ ) and with group D ( $p < 0.001$ ). In the ninth week, group C presented a bigger decrease in HAM-D points than groups A and B ( $p < 0.05$ ) and group D ( $p < 0.001$ ). By the eleventh week, there was a different reduction of HAM-D points in groups A, B and C in comparison to group D ( $p < 0.001$ ). In weeks 32 and 44, there were no differences among groups A, B and C.

\*Instituto Nacional de Psiquiatría, Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, CP 14370, México DF.

\*\* Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Correspondencia: Jaime López Rodríguez, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Calle Niño Jesús 2, Huipulco, Tlalpan, 14000 México, D.F. e-mail: jalopro\_mauricio@yahoo.com.mx.

Recibido primera versión: 7 de noviembre de 2003. Segunda versión: 15 de marzo de 2004. Aceptado: 27 de abril de 2004.

**Discussion:** Bellak's psychotherapy had the same therapeutic response than the use of an antidepressant, a lower response than a mixed therapy and a better response than a placebo. Still, results may be modified in the long-term by the natural development of the illness. Psychotherapies have had better results in avoiding relapses and modifying behavior in the depression disorder. Their advantages and disadvantages are similar to those of some other psychotherapies. The use of psychotherapy in the treatment of depression is important because there are patients who do not accept an antidepressant treatment due to sociocultural factors or to a high sensibility to side effects. Considering this, we suggest carrying out more studies on the benefits of psychotherapy as an alternative for the treatment of depression in Mexico.

**Key words:** Depression, Bellak's psychotherapy, antidepressants, placebo.

## RESUMEN

**Antecedentes:** La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en todo el mundo, y su prevalencia es de 8-12%. En México se ha calculado que 8.3% de la población ha padecido este trastorno al menos una vez en la vida. Sin importar el país o la cultura, la depresión es de dos a tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y la sufren más las personas solas, separadas o divorciadas, o que viven en áreas rurales. Aunque se puede presentar a cualquier edad, en 50% de los sujetos el trastorno se inicia entre los 20 y los 50 años. La etiología de la depresión es multifactorial debido a que intervienen factores biológicos, genéticos y psicosociales que, en mayor o menor grado, desencadenan la enfermedad o exacerban sus síntomas. Desde el punto de vista psicoanalítico, Freud postuló que la ira de los pacientes deprimidos se dirige hacia su propio interior por una identificación con el objeto perdido, ya que era la única vía que tenía el "yo" para renunciar al objeto. En tal sentido, surgieron nuevas teorías psicológicas de la depresión y, por tanto, un nuevo abordaje para su tratamiento. En los últimos diez años se ha discutido el papel que desempeña la psicoterapia en el tratamiento de la depresión, para lo cual se propone como parte de un manejo integral. Sin embargo, dicho tratamiento dependerá de la gravedad de la depresión y de los beneficios obtenidos con los antidepressivos. Se sugiere que el tratamiento combinado es benéfico para los pacientes que han respondido parcialmente al tratamiento único, para aquellos con depresión crónica y para los pacientes con periodos cortos de recuperación. En este sentido surge la terapia breve y de urgencia de Bellak para tratar la depresión, en la que se aplican elementos teóricos psicodinámicos y técnicas de tipo psicodinámico, de apoyo y cognoscitivo. Esta terapia valora la regulación de la autoestima, el superyó severo, la intraagresión, la pérdida objetal, la desilusión objetal, el engaño objetal, la oralidad, la dependencia narcisista, la negación y las perturbaciones en las relaciones objetales. La terapia de Bellak actúa sobre los primeros nueve puntos, a diferencia de las terapias a largo plazo que se dirigen principalmente a las relaciones objetales.

**Objetivo:** Comparar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, mixto y con placebo en el manejo de la depresión leve a moderada.

**Metodología:** Se diseñó un estudio de cohorte de tipo prospectivo. En un periodo de 90 días, se incluyó a 40 sujetos, de 18 a 60 años, de uno y otro sexo, pacientes de la consulta externa del Centro de Salud Castro Villagrana, con diagnóstico de depresión de leve a

moderada según el DSM-IV y el CIE-10. La gravedad se midió mediante la escala de Hamilton para depresión (HAM-D). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Los sujetos se asignaron al azar a cada uno de los cuatro tipos de tratamiento (10 sujetos por grupo): Grupo A: fluoxetina 20 mg/día y una consulta por semana sin psicoterapia. Grupo B: una sesión de psicoterapia de Bellak por semana sin farmacoterapia. Grupo C: fluoxetina 20 mg/día y una sesión de psicoterapia de Bellak por semana (grupo mixto). Grupo D: placebo y una consulta semanal sin psicoterapia. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student antes y después del tratamiento, y la ANOVA para la comparación de grupos.

**Resultados:** En el grupo estudiado 62.5% eran mujeres y 37.5% varones; 37.5% eran solteros, 55% casados y 7.5% divorciados; 72.5% de los sujetos tenía ocupación; el promedio de edad de la muestra fue de 31.9 años. El promedio de escolaridad fue de 10.8 años. La media del puntaje basal en el HAM-D de los 40 sujetos fue de 17.27 (mínimo = 15; máximo = 19 puntos). A partir de la tercera semana se presentó una reducción importante de los puntajes en el HAM-D en los grupos A, B y C en comparación con el grupo D ( $p < 0.001$ ). A la séptima semana, los grupos A y C presentaron una disminución del HAM-D en comparación con el grupo B ( $p < 0.05$ ) y con el grupo D ( $p < 0.001$ ). A la novena semana, el grupo C presentó una disminución en el HAM-D mayor que los grupos A y B ( $p < 0.05$ ) y que el grupo D ( $p < 0.001$ ). A la undécima semana, hubo diferencias en la reducción del puntaje de HAM-D al comparar los grupos A, B y C con el grupo D ( $p < 0.001$ ). En las semanas 32 y 44, no aparecieron diferencias en los grupos A, B y C.

**Discusión:** La psicoterapia de Bellak demostró tener la misma respuesta terapéutica que un antidepressivo, fue menor que la terapia combinada y mejor que el placebo. Sin embargo, los resultados se pueden modificar en el seguimiento a largo plazo debido a la historia natural de la enfermedad. Los mejores resultados de las psicoterapias se han logrado en la evitación de recaídas y en la modificación de la conducta. Los beneficios y las desventajas de la psicoterapia de Bellak son similares a otros tipos de psicoterapias. El uso de la psicoterapia para tratar la depresión es importante debido a que existen pacientes que no aceptan el tratamiento antidepressivo por factores socioculturales o por alta sensibilidad a los efectos colaterales. Por lo anterior se sugiere conducir en México estudios más amplios sobre los beneficios de la psicoterapia como alternativa en el tratamiento de la depresión.

**Palabras clave:** Depresión, psicoterapia de Bellak, antidepressivos, placebo.

## ANTECEDENTES

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente; se calcula que en la población general, de 10 a 25% de las mujeres y de 5 a 12% de los hombres la padecen alguna vez en la vida y actualmente su incidencia en la población adulta es de 5 al 9% en las mujeres y de 2 a 3% en hombres (APA, DSM-IV, 1994). De acuerdo con un estudio realizado en población mexicana en 1996, 9.1% de los adultos de la población urbana en México había presentado un episodio depresivo

(Caraveo y cols., 1996). Un estudio más reciente en México sobre la prevalencia a lo largo de la vida, de haber padecido un episodio depresivo y de la utilización de servicios especializados, se encontró que la tasa de prevalencia de este trastorno, sin excluir al trastorno bipolar, representó 8.3 por cada 100 habitantes de la ciudad de México de entre 18 y 64 años (Caraveo y cols., 1997).

Una observación casi universal, independiente del país o la cultura, es que el trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia dos a tres veces mayor en las mujeres que en los hombres. La investigación ha mostrado claramente que la variación observada en los países occidentales no se debe únicamente a una práctica diagnóstica socialmente sesgada. Se ha teorizado que las razones para que existan estas diferencias podrían ser factores hormonales producidos por los partos y por otros diferentes factores psicosociales en el caso de las mujeres y por modelos conductuales de indefensión aprendida, en los hombres (Kaplan, 1996).

La media de la edad de inicio para el trastorno depresivo mayor gira alrededor de los 40 años; 50% de los pacientes comienzan a sufrir el trastorno entre los 20 y los 50 años. El trastorno depresivo mayor también puede iniciarse en la infancia o en la vejez, aunque esto es poco frecuente. Algunos resultados epidemiológicos recientes sugieren que la incidencia del trastorno depresivo mayor puede estar incrementándose entre las personas menores de 20 años. Si esta observación es cierta, podría estar relacionada con el consumo de alcohol y otras sustancias en este grupo de edad (Kaplan, 1996).

En general, el trastorno depresivo mayor se observa más frecuentemente en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas, o que están separadas o divorciadas.

No se ha detectado ninguna correlación entre el nivel socioeconómico y el trastorno depresivo mayor. Aunque la depresión es más frecuente en las áreas rurales que en las urbanas, se desconoce la causa exacta de estos trastornos (Kaplan, 1996).

Los factores causales pueden dividirse de una forma artificial en factores biológicos, genéticos y psicosociales. Tal división es artificial por la alta probabilidad de que los tres factores interactúen entre sí (Kaplan, 1996; Catón, 1992). Los factores biológicos se refieren a alteraciones de las aminas biógenas como la serotonina y la noradrenalina que son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo (Caldecott-Hazard, 1991; Deakin, 1991). El estudio de las causas genéticas implicó trabajar con familias y se pudo confirmar repetidamente que es de 2 a 10 veces más probable que la padezcan los parientes en primer grado,

de los pacientes que sufren depresión, que los sujetos de la población general. Los estudios con hijos adoptados también han aportado datos que confirman la idea de que existe un componente genético básico para la heredabilidad de la depresión. Los estudios con gemelos monocigóticos han demostrado que la concordancia para el trastorno depresivo mayor es de 50% y entre dicigóticos es de 10 al 25% (Heun, 1993).

Algunos especialistas están convencidos de que los sucesos vitales desempeñan un papel esencial en la depresión; otros sugieren que estos sucesos tienen sólo un papel relativo en el inicio y duración de la misma. Los datos más convincentes indican que el suceso más implicado en el desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los once años y que el factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de esta condición es la pérdida de un cónyuge; a estas causas se las denominó factores psicosociales (Post, 1992).

Ciertos tipos de personalidad, en comparación con otros presentan alto riesgo de padecer una depresión; por ejemplo la personalidad dependiente, la obsesivo compulsiva y la histriónica (Klein, 1993).

Dentro de los factores psicoanalíticos y psicodinámicos, se sabe que Freud postuló una relación entre la pérdida del objeto y la melancolía; también Freud sugirió que la ira de los pacientes deprimidos se dirigía hacia su interior debido a la identificación con el objeto perdido, y que la introyección era la única vía que tenía el "yo" para renunciar al objeto (Bleichmar, 1997).

Melanie Klein unió la depresión con la posición depresiva. Desde su punto de vista, los pacientes deprimidos sufrían por la preocupación de haber destruido objetos amados a través de su propia destructividad y codicia (Bleichmar, 1997).

Heinz Kohut definió la depresión en términos de la psicología del sí mismo. Según este autor, son necesarias ciertas respuestas del ambiente para sostener la autoestima y el sentimiento de plenitud (Bleichmar, 1997).

De acuerdo con la teoría cognoscitiva, los errores cognitivos más frecuentes son las distorsiones negativas de las experiencias de la vida, la autoevaluación negativa, el pesimismo y la desesperanza. Estos pensamientos aprendidos conducen a un sentimiento de depresión (Rush, 1997; Hallon, 1992; Shaw, 1997).

En los últimos 10 años se ha discutido el papel de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión, y se ha propuesto como primera línea de tratamiento y como parte de un tratamiento integral (Persons, 1996).

La psicoterapia de apoyo contribuye a que el paciente retorne a su nivel de equilibrio psicológico anterior, pero está contraindicada en los pacientes con un

“yo” debilitado. El paciente y el terapeuta determinarán la forma en la que el paciente se siente más capaz de manejar las situaciones estresantes. Se fortalecen las defensas más saludables y se restauran las capacidades de integración alteradas (Persons, 1996).

La psicoterapia cognoscitiva es un método terapéutico directivo, activo y de tiempo limitado. Está indicada cuando el paciente es capaz y está dispuesto a tratar de descubrir las nociones que lo conducen a la depresión. Se ayuda al paciente a reconocer la forma en que interpreta los acontecimientos como consecuencia de sus pensamientos negativos (Rush, 1997; Hallon, 1992).

La psicoterapia conductual es un método en el que se le señala al paciente cuáles son las conductas desadaptativas que lo llevan a la depresión y se le enseña la manera de reconocerlas, registrarlas y cambiarlas (Hallon, 1992; Shaw, 1997).

La psicoterapia breve consiste en una intervención en el momento de crisis, con métodos psicodinámicos, de apoyo y educacionales. Está indicada para los pacientes que tienen antecedentes de por lo menos una relación significativa, que son capaces de interactuar con el terapeuta y de tolerar los afectos intensos como la culpa, la ansiedad y la misma depresión. El aspecto psicodinámico se basa en el empleo de la transferencia, del análisis de los sueños, de las fantasías, de las asociaciones verbales y de la conducta no verbal, con el fin de investigar las derivaciones de las dificultades presentes a medida que se manifiesten en la relación entre el paciente y el terapeuta (Fleming, 1980).

Las psicoterapias de grupo, las de pareja y las de familia tienen como base las teorías de las relaciones interpersonales; pueden dirigirse psicodinámicamente, de forma cognitiva-conductual, o basarse sólo en dinámicas de grupo y de sistemas (Jacobson, 1991; D’Leary, 1990).

La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) y el Centro de Investigación y Políticas para la Salud (CIPS), han estudiado y evaluado las líneas de investigación de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión. El tratamiento psicoterapéutico de la depresión se ha estudiado por medio de todas las líneas de tratamiento, de todos los tipos de terapia y del método utilizado (Persons, 1996; Elkin, 1989).

Según la APA, la terapia cognoscitiva reduce los síntomas de la depresión, pero no se encuentran diferencias significativas al compararla con el efecto placebo. Se obtienen buenos resultados en la fase aguda de la depresión leve y moderada. Según el CIPS, la terapia cognoscitiva es la que tiene mejores resultados en el tratamiento de la depresión.

Para el CIPS, la psicoterapia dinámica breve es eficaz en un 35%, tiene menor efecto que otras terapias, y

comparada con el tratamiento farmacológico, su efectividad es sólo de 8.4%. La APA indica que esta terapia puede usarse combinada con el tratamiento farmacológico, pero por no haber sido suficientemente estudiada no hay conclusiones de su eficacia como tratamiento único.

De acuerdo con el CIPS, la terapia conductual es la más eficaz de todas y, comparada con el tratamiento farmacológico, es efectiva en un 24%. La APA indica que sólo tiene buenos resultados cuando se combina con tratamiento farmacológico.

El CIPS indica que la psicoterapia de grupo, comparada con los tratamientos individuales, no presenta diferencias significativas. La terapia de grupo tipo cognoscitivo ha dado mejores resultados que otros tipos de terapia de grupo, pero no se han llevado a cabo estudios adecuados que valoren los resultados de este tipo de terapia.

Sobre otras terapias -la de pareja y la familiar- no hay resultados concluyentes; se han obtenido mejores resultados en el tratamiento de la depresión cuando, junto con el tratamiento individual, los pacientes con problemas graves de pareja o familiares reciben también este tipo de terapias.

La recomendación del tratamiento psicoterapéutico como primera línea de tratamiento debe evaluar dos parámetros: la severidad del padecimiento y el beneficio obtenido con los fármacos. Los pacientes que sufren una depresión moderada o severa deben recibir tratamiento farmacológico. Los pacientes que la padecen en forma leve o moderada pueden recibir psicoterapia como primera línea de tratamiento (Persons, 1996; Elkin, 1989).

El tratamiento combinado puede ser ventajoso para los pacientes que han respondido parcialmente al tratamiento único, también para aquellos con depresión crónica y para los que presentan períodos cortos de recuperación. El tratamiento combinado no es un tratamiento de primera línea para la depresión, pues no se ha logrado establecer que todas las formas de psicoterapia sean igualmente efectivas para tratarla (Persons, 1996; Elkin, 1989).

## ASPECTOS TEÓRICOS DE LA PSICOTERAPIA DE BELLAK

### *El modelo mental según Freud*

El modelo estructural de la mente, de Freud, está integrado por tres sistemas principales: el “ello”, el “yo” y el “superyó”. En la persona mentalmente sana esos tres sistemas forman una organización unificada y armónica. Al funcionar juntos y en cooperación, permiten al individuo relacionarse con su ambiente de manera eficiente y satisfactoria. La finalidad de esas rela-

ciones es la realización de las necesidades y deseos básicos del hombre. A la inversa, cuando los tres sistemas están en desacuerdo, se dice que la persona está inadaptada.

En la depresión, las instancias psíquicas, el ello, el yo y el superyó, se encuentran alteradas; hay tensión en cada una de ellas y entre ellas (Hall, 1997).

### ***Técnica psicoterapéutica de Bellak para la depresión***

La técnica de Bellak para la psicoterapia breve y de urgencia para la depresión utiliza la valoración de factores específicos de la misma, de acuerdo con el modelo propuesto por el autor (Bellak, 1993, 1994).

Los diez factores específicos en la psicoterapia breve de la depresión son:

1. Problemas con la regulación de la autoestima
2. Superyó severo
3. (Intra) agresión
4. Pérdida
5. Desilusión
6. Engaño
7. Hambre de estímulo (oralidad)
8. Dependencia de nutrimentos narcisistas externos
9. Negación
10. Perturbaciones en las relaciones objetales: la unidad diádica y las condiciones teóricas de los sistemas.

En la psicoterapia breve y de urgencia de la depresión, las diez variables que se señalaron anteriormente son las que primero deben tomarse en cuenta. La terapia breve de la depresión se distingue, sin embargo, de la terapia de larga duración o del psicoanálisis de la depresión, por el énfasis en el manejo de las primeras nueve variables en lugar de las estructurales, que son las principales en la terapia de largo plazo de Jacobson; es decir, reestructurar las apercepciones del paciente, tanto las autorrepresentaciones como las representaciones de objetos, a través del uso de la relación de transferencia como introyecto interpolado. Algunos de estos factores estructurales se pueden afectar en la terapia breve, pero esperar cualquier cambio profundo sería demasiado ambicioso. Estas variables representan un papel en todas las depresiones y cuando se les toma en cuenta de manera adecuada, conducen a una respuesta terapéutica rápida en la gran mayoría de los pacientes.

Aunque estos son los principales factores en todas las depresiones, representan un papel de importancia variable en cada una. Por ejemplo, los problemas de ataque a la autoestima pueden, en ocasiones, representar el papel principal en la precipitación de la depresión actual. En otros casos, un sentimiento de desilusión o engaño pueden haber disparado la agresión que, en presencia de un "superyó" severo, conduce a la

intraagresión y no sólo a la depresión, sino también al peligro de un suicidio potencial.

En la psicoterapia breve de la depresión es importante localizar la presencia y grado de estos factores en el paciente individual y buscar los denominadores comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas. Después de escuchar una historia detallada, es necesario formular un plan general de tratamiento en términos de la dinámica y estructura general de la condición y hacer un plan individual para las áreas y métodos de intervención adecuados para el paciente en particular. Se puede trabajar con un paciente la pérdida de autoestima y sólo después de eso atender su agresión, intraagresión y superyó severo. Con otro paciente, puede atenderse principalmente su superyó severo y la intraagresión y después depositar la atención en la oralidad y el sentimiento de engaño y otros factores.

Mediante la translaboración vigorosa de los factores relevantes con los métodos de intervención adecuados en la mayoría de los casos, la depresión puede tratarse muy bien a través de la psicoterapia breve e intensiva, después de lo cual se encuentran los parámetros de tratamiento que se podían esperar que un psicoterapeuta tuviera presentes con claridad. Esto no es pedirle más a una intervención psicoterapéutica de lo que se le pediría a cualquier intervención médica o quirúrgica.

El resultado de la psicoterapia breve como tratamiento coadyuvante y de mantenimiento en la depresión indica que es eficaz y evita las recaídas. Por otro lado, los métodos de psicoterapia breve y de urgencia se plantean como una alternativa de primera línea para el tratamiento de la depresión pero se han llevado a cabo en clínicas especializadas en psiquiatría de los Estados Unidos de Norteamérica. Numerosos artículos documentan resultados favorables respecto algunos métodos, en particular hacia la psicoterapia cognitivo conductual de Beck para la depresión y algunas técnicas breves psicodinámicamente orientadas. Sin embargo, en México no hay informes sobre investigación en esta área.

El objetivo del presente estudio es el de comparar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico, mediante la psicoterapia breve de Bellak, el farmacológico, el mixto y el placebo en el manejo de la depresión leve a moderada.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

La población estuvo constituida por un grupo de pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de salud mental del Centro de Salud Castro Villagrana, con diagnóstico de depresión mayor leve a moderada

y que firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio. Se incluyó a 40 sujetos de uno y otro sexo, mayores de 18 años y menores de 60, que cumplieron con dicho diagnóstico; se excluyó a aquellos con alguna enfermedad médica o psiquiátrica o a los que estuvieron bajo algún tratamiento antidepresivo antes y durante el estudio. El diagnóstico de depresión mayor leve a moderada se realizó mediante la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (APA, DSM-IV, 1994; Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992); la severidad de la depresión se midió con la escala de Hamilton para depresión (HAM-D) (Hamilton, 1960).

### **Procedimiento**

En un periodo de 90 días, en entrevistas de 50 minutos de duración, los psiquiatras del servicio de Salud Mental del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” realizaron las evaluaciones diagnósticas de 40 sujetos, con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10. La comprobación del diagnóstico y la aplicación de la escala HAM-D, fueron realizadas por un segundo psiquiatra quien era ciego al tratamiento. Un tercer psiquiatra ciego con respecto al grupo con o sin tratamiento farmacológico, con especialidad en psicoterapia médica, proporcionó la psicoterapia breve de Bellak a todos los sujetos asignados a dicha intervención. Una enfermera psiquiátrica se encargó de asignar al azar a los sujetos a uno de los 4 tratamientos (10 sujetos en cada grupo) y de asignarle una clave a cada uno de ellos, por lo que fue la única persona que conocía el tipo de tratamiento de cada sujeto. Ninguno de los pacientes sabía que tipo de tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico estaba tomando y tampoco hubo contacto entre ellos durante todo el tiempo en el que se realizó el estudio. Los grupos se distribuyeron de la siguiente manera:

**Grupo A:** fluoxetina 20 mg por día y una consulta por semana sin intervención psicoterapéutica.

**Grupo B:** una sesión semanal de psicoterapia de Bellak para depresión.

**Grupo C:** fluoxetina 20 mg por día y una sesión semanal de psicoterapia de Bellak (mixto).

**Grupo D:** placebo y una consulta semanal sin intervención psicoterapéutica.

Los tratamientos se mantuvieron durante 6 meses, excepto en el caso de los pacientes del grupo D, los que después de las 20 semanas de tratamiento con placebo se les comenzó a administrar tratamientos combinados con antidepresivo y psicoterapia breve de Bellak para la depresión, durante 6 meses.

El segundo psiquiatra ciego al tipo de tratamiento por grupo aplicó semanalmente un HAM-D a todos

los pacientes durante las primeras 20 semanas. Los pacientes del grupo A, B, y C también fueron evaluados a las semanas 32 y 44 del estudio.

### **Análisis estadístico**

Se obtuvieron frecuencias para los datos sociodemográficos; se utilizó la prueba t de Student para grupos independientes y t de Student antes y después del tratamiento. Al final se compararon las medias de los grupos mediante ANOVA de una vía.

## **RESULTADOS**

De los 40 sujetos, 62.5% (25 sujetos) eran de sexo femenino y 37.5% (15 sujetos) eran de sexo masculino. Tres sujetos masculinos (7.5%) dijeron no tener religión. Nueve hombres y 6 mujeres (37.5%) eran solteros; 5 hombres y 17 mujeres (55.0%) eran casados, y un hombre y dos mujeres (7.5%) eran divorciados. Al inicio del estudio, 29 sujetos (72.5%) tenían ocupación y 11 (27.5%) no la tenían. El promedio de edad de la muestra fue de 31.9 años (DE = 7.9). El promedio de escolaridad fue de 10.8 años (DE = 3.7) (cuadro 1).

La media del puntaje basal en el HAM-D de los 40 sujetos fue de 17.27; no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. El puntaje mínimo fue de 15 puntos y el máximo de 19 puntos (gráfica 1).

A partir de la tercera semana se presentó una reducción importante de los puntajes en el HAM-D en los grupos A, B y C en comparación con el grupo D; esta diferencia fue significativa ( $p < 0.001$ ) (gráfica 2).

A la semana 7, los grupos A y C presentaron una mayor y significativa disminución en los puntajes del HAM-D en comparación con el grupo B ( $p < 0.05$ ) y con el grupo D ( $p < 0.0019$ ). Esta diferencia se mantuvo por dos semanas (gráfica 2).

En la semana 9, el grupo C presentó una disminución en el puntaje de HAM-D mayor que los grupos A y B ( $p < 0.05$ ) y que el grupo D ( $p < 0.001$ ). Estas diferencias se mantuvieron hasta la semana 10 (gráfica 2).

En la semana 11 sólo hubo diferencias en la reducción del puntaje de HAM-D comparando los grupos A, B y C con el grupo D ( $p < 0.001$ ). Dichas diferencias se mantuvieron hasta la semana 20. El puntaje del HAM-D en las semanas 32 y 44 no presentaron diferencias entre los grupos A, B y C (gráfica 2).

## **COMENTARIO Y DISCUSIÓN**

Los resultados de este estudio son similares a los documentados en la bibliografía internacional donde se hacen comparaciones de tratamientos psicoterapéuticos

**CUADRO 1. Variables sociodemográficas de los sujetos**

	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Grupo D		Totales	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
<b>Sexo</b>	6	4	7	3	6	4	6	4	25	15
<b>Religión</b>										
Con	6	3	7	2	6	4	6	3	25	12
Sin	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3
<b>Estado civil</b>										
Soltero	1	4	3	1	1	2	1	2	6	9
Casado	4	0	4	1	4	2	5	2	17	5
Divorciado	1	0	0	1	1	0	0	0	2	1
<b>Ocupación</b>										
Con	6	3	6	2	3	3	4	2	19	10
Sin	0	1	1	1	3	1	2	2	6	5
	<b>X</b>		<b>DE</b>							
Edad	31.9 años		7.9							
Escolaridad	10.8 años		3.7							

y psicofarmacológicos para la depresión leve y moderada (Persons, 1996); lo importante de este estudio, es la técnica psicoterapéutica de Bellak que no se ha utilizado en otros estudios, y que emplea elementos teóricos psicodinámicos, técnicas de tipo psicodinámico, de apoyo y cognoscitiva.

Respecto a los diferentes tipos de psicoterapias, se ha visto que los mejores resultados de éstas han sido en la evitación de las recaídas y en la modificación de la conducta ante los síntomas (Persons, 1996; Rush, 1997; Elkin, 1989).

En este estudio, la psicoterapia de Bellak es un método que demostró tener la misma respuesta terapéutica que un antidepresivo y menos que la terapia combinada; asimismo, demostró ser mejor frente al placebo. La respuesta de los pacientes deprimidos a este método no puede evitar verse influida por los elementos inespecíficos de la psicoterapia en general y, en particular, por la transferencia y la contratransferencia

(Fleming, 1980). Sin embargo, no se encontraron variables específicas que hayan influido directamente a favor de un determinado tratamiento; las diferencias obtenidas son lo suficientemente significativas como para concluir que los resultados son favorables para la psicoterapia de Bellak, el tratamiento farmacológico y el tratamiento combinado, y que operan casi con la misma rapidez.

Las ventajas de la psicoterapia de Bellak son iguales que las que han demostrado todas las intervenciones psicoterapéuticas breves de tipo psicodinámico y/o cognitivo conductual (Shaw, 1997). Una desventaja en particular de la técnica de Bellak es que se requiere tener un adiestramiento en psicoterapias breves con elementos de diferentes corrientes psicoterapéuticas y ser ecléctico, esto es difícil de realizar ya que en la mayoría de las escuelas o corrientes psicoterapéuticas el sistema ecléctico no es fácilmente aceptado por las posturas filosóficas.

**GRÁFICA 1. Puntuaciones iniciales y finales de HAM-D por grupo.**



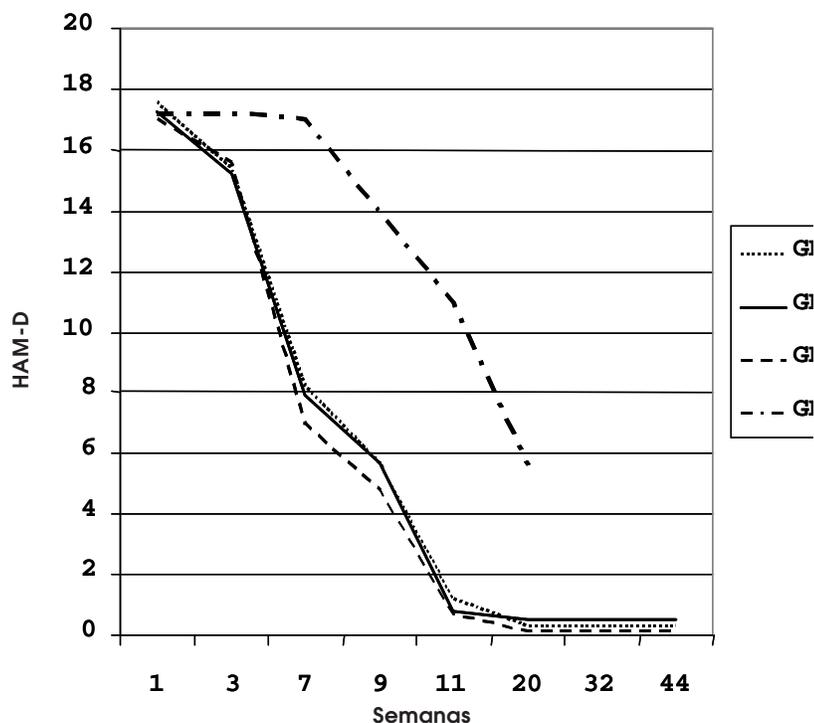
**Grupo A:** fluoxetina 20 mg por día y una consulta por semana sin intervención psicoterapéutica.

**Grupo B:** una sesión semanal de psicoterapia de Bellak para depresión.

**Grupo C:** fluoxetina 20 mg por día y una sesión semanal de psicoterapia (mixto).

**Grupo D:** placebo y una consulta semanal sin intervención psicoterapéutica.

GRÁFICA 2. Diferencias en los promedios de la escala de Hamilton-D



Grupo A: fluoxetina 20 mg por día y una consulta por semana sin intervención psicoterapéutica.  
 Grupo B: una sesión semanal de psicoterapia de Bellak para depresión.  
 Grupo C: fluoxetina 20 mg por día y una sesión semanal de psicoterapia (mixto).  
 Grupo D: placebo y una consulta semanal sin intervención psicoterapéutica.

El método de Bellak tiene las mismas desventajas que todas las otras técnicas psicoterapéuticas en la investigación: no se pueden medir ni controlar las variables inespecíficas y carece de la metodología que tienen los ensayos clínicos.

La psicoterapia como tratamiento para la depresión es importante debido a que existe cierto tipo de pacientes que no aceptan el tratamiento farmacológico por diferentes factores socioculturales o por ser muy sensibles a los efectos colaterales de los antidepresivos y por lo tanto abandonan o suspenden el fármaco (Kaplan, 1996).

Estos resultados no influyen de manera importante en la toma de decisión respecto al tipo de tratamiento para la depresión, ya que la bibliografía internacional documenta que la mejor alternativa de tratamiento para la depresión es un tratamiento combinado. Además con este tipo de tratamiento los resultados a corto y largo plazo son consistentes debido a que mantienen la mejoría e impiden las recaídas (Persons, 1996; Rush, 1997; Elkin, 1989).

La conclusión general de estos resultados es la de abrir en México la posibilidad de seguir estudiando los beneficios de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión como una alternativa para abordar este trastorno con una mejor metodología de investigación.

## REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a edición. APA, Washington, 1994.
2. BELLAK L: *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. Manual Moderno, México, 1993.
3. BELLAK L: *Manual para la Evaluación de las Funciones del Yo*. Manual Moderno, México, 1994.
4. BLEICHMAR NM: *El Psicoanálisis Después de Freud, Teoría y Clínica*. Elia Editores, México, 1997.
5. CALDECOTT-HAZARD S, MORGAN DG: Clinical and biochemical aspects of depressive disorders: II Trasmittor/receptor theories. *Synapse*, 9:251, 1991.
6. CARAVEO AJ y cols.: Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 19(3):14-21, 1996.
7. CARAVEO AJ y cols.: Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios de salud. *Salud Mental*, 20 (supl. 2):15-23, 1997.
8. CATON W, SCHULBERG H: Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*, 14:237, 1992.
9. D'LEARY KD: Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord. *Am J Psychiatry*, 147:183-186, 1990.
10. DEAKIN JFW: Depression and 5HT. *Int Clin Psychopharmacol*, 6:23, 1991.
11. ELKIN I y cols.: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 46:971-982, 1989.
12. FLEMING BM: Coping skill training as a component in the

- short-term treatment of depression. *J Consult Clin Psychol*, 48:652-654, 1980.
13. HALL CS: *Compendio de Psicología Freudiana*. Biblioteca de Psicología Profunda. Paidós, México, 1997.
  14. HALLON SD y cols.: Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry*, 49:774-781, 1992.
  15. HAMILTON M: A rating scale for depression. *J Neurology, Neurosurgery Psychiatry*, 23:56-60, 1960.
  16. HEUN R, MAIER W: The distinction of bipolar II disorder from bipolar I and unipolar depression: results of a controlled family study. *Acta Psychiatrica Scan*, 87:279, 1993.
  17. JACOBSON NS y cols.: Marital therapy as a treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*, 59:547-557, 1991.
  18. KAPLAN I: *Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la Conducta*. *Psiquiatría Clínica*. Séptima edición. Editorial Médica Panamericana, Madrid 1996.
  19. KLEIN DNA, MILLER GA: Depressive personality. *Am J Psychiatry*, 150:11, 1993.
  20. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, CIE-10: *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, 1992.
  21. PERSONS JB: The role of psychotherapy in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 53:283-290, 1996.
  22. POST RM: Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*, 149:999, 1992.
  23. RUSH AJ, BECK AT: Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed out patients. *Cognit Ther Res*, 1:17-38, 1977.
  24. SHAW BF: Comparison of cognitive therapy y behaviour therapy in treatment of depression. *J Consult Clin Psychol*, 45:543-551, 1977.