



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Terapia farmacológica y psicoterapia: una alternativa combinada para el tratamiento de la depresión*

A. Polaino, J.M. Buceta, C.L. Maldonado y V. Valverde**

RESUMEN

Los autores pasan revista a la validez y eficacia de las terapias farmacológica y cognitiva, empleadas conjuntamente en el tratamiento de la depresión. Se discuten las opciones excluyentes, desde el punto de vista de la eficacia terapéutica, que recomiendan el empleo independiente de alguno de estos procedimientos.

Palabras clave: depresión, terapia farmacológica, psicoterapia, terapia combinada.

SUMMARY

The authors review the validity and efficacy of the pharmacological and cognitive therapies, both used together in the treatment of depression. In this paper the authors discuss in regard to the therapeutic efficacy, the isolated use of some of this procedures.

Key words: depression, pharmacological therapy, cognitive therapy, combined treatment.

Introducción

El tratamiento de la conducta depresiva se ha ampliado y diversificado en las dos últimas décadas, ofreciéndose en la actualidad tres tentativas muy diferentes —la farmacoterapia, la psicoterapia tradicional y la modificación de conducta, sea esta última de naturaleza más conductual o más cognitiva—, por lo que resulta difícil decidirse en cada paciente. Por otra parte, las aportaciones científicas más recientes nos inclinan a sustituir el obsoleto criterio *alternativo* y *exclusivista* —«... o ...»— por el más reciente criterio *integrador* —«... y ...»— y solidario. No obstante, muchas de las anteriores dificultades siguen hoy en pie. Bastantes de ellas son objetivas; es decir, están fundamentadas en los resultados generados por la clínica cotidiana. Pero también muchas de ellas, constituyen apenas una dificultad acunada más en la mente del terapeuta que en la realidad clínica; es decir, son dificultades varadas en el prejuicio o acaso en la deformación profesional que tipifica a cada terapeuta en concreto. Estas dificultades, nacidas del prejuicio, muy bien pudieran configurar un *set* cognitivo en cada uno de los diferentes expertos que son sus respectivas actitudes —actitudes que probablemente descansen en sus respectivas aptitudes profesionales— sostienen y perpetúan un determinado modo de acercamiento al tratamiento de la depresión. Es precisamente este *set* cognitivo diferencial inter-terapeutas,

* Comunicación al Symposium «Actividad humana y procesos cognitivos», Madrid, diciembre 1984.

** Cátedra de Psicopatología, Universidad Complutense, Madrid.

lo que probablemente haya que modificar en el futuro si, como parece, la integración de diversos procedimientos terapéuticos continúa mostrándose de mayor eficacia para el paciente que el empleo aislado de cada uno de ellos. De confirmarse este supuesto, al que ahora nos referimos, la presente colaboración se situaría en el inicio de un proyecto que, sin jactancia, podríamos denominar como el cognitivismo en la terapéutica de la depresión, puesto que con él lo que se propende es a cambiar los estilo perceptivos-cognitivos desde los cuales cada terapeuta se aproxima al tratamiento de su cliente.

Psicoterapia y farmacoterapia: ¿Conflicto o Cooperación?

La controversia entre psicoterapia y farmacoterapia pertenece al pasado, pero aún subsiste. Esta controversia ha sido y es tan importante que si se la tomase como eje diferencial, sería capaz de separar netamente a la vieja de la nueva psiquiatría, alineando en cada bloque resultante a los más renombrados y tradicionales psicoanalistas y psiquiatras.

El nacimiento de la psicofarmacoterapia en la década de los años cincuenta y su veloz despliegue en la última década ha hecho reverdecer con inusitadas energías esta vieja confrontación. Pero la polémica ha ampliado su escenario. La controversia no se plantea hoy como antaño entre psicoanálisis y farmacoterapia, sino que con el nacimiento de las técnicas de modificación de conductas la vieja polémica se plantea hoy en tres sectores diferentes: psicoterapias tradicionales *versus* farmacoterapia; farmacoterapia *versus* modificación de conducta; y psicoterapias tradicionales *versus* modificación de conducta. De algunos aspectos de esta discusión, en lo que respecta al tratamiento de la enfermedad depresiva y el autismo infantil, nos hemos ocupado ya en otras ocasiones (Polaino-Lorente, 1981, 1982, 1984 a, b y c).

La diversificación y el enriquecimiento de los procedimientos terapéuticos, operados en fecha reciente, han hecho que el viejo problema se ponga una vez más sobre la mesa de las discusiones, pero esta vez de una forma innovadora. Esa innovación proviene, fundamentalmente, de poder disponer en la actualidad de medios más rigurosos relativos al control de la eficacia diferencial derivada de cada uno de estos procedimientos.

La opción por la psicoterapia, en sus diversas formas y/o la farmacoterapia, se ofrece como un asunto especialmente proteico en el que es fácil encallar, cualquiera que sea la escuela a que pertenezca el experto.

Frente a esta disyuntiva o conjunción de procedimientos cabe alinearse según actitudes muy diferentes. Desde los que consideran que ambos procedimientos se excluyen mutuamente —y, en consecuencia, deben aplicarse de forma independiente—, a los que estiman que ambos procedimientos reobrando uno en otro y viceversa, se potencian recíprocamente.

Para otros autores, un procedimiento interferiría en la eficacia potencial derivada del procedimiento contrario. Algunos, en cambio, consideran que un procedimiento suplementa y acrecienta el efecto del otro.

Para un tercer bloque de autores, cualquier procedimiento es válido si mejora la enfermedad del paciente. No faltan tampoco autores agoreros y pesimistas que, ignorando la probada eficacia de estos procedimientos —casi siempre al amparo de ideologías contrahechas—, defienden su postura, afirmando que todos los procedimientos son inútiles.

¿Hay conflicto o cooperación entre psicoterapia y farmacoterapia? ¿Pueden y

deben emplearse solidariamente en el tratamiento de los enfermos depresivos? ¿En todos los casos?

La polémica permanece abierta, y acaso continuará así durante algunos años, pero hoy disponemos de datos científicos, difícilmente falsables, que aconsejan reiniciar el diálogo desde ellos mismos y no desde el *a priori* de las posturas subjetivistas de los que dialogan.

El problema hoy, si nos atenemos a los datos disponibles, ha de redefinirse de otro modo. El estricto ateniimiento a los datos plantea la búsqueda de razones para emplear dichos procedimientos, aislada o conjuntamente, simultánea o sucesivamente, según las exigencias de cada caso particular. El problema ya no está en las actitudes disyuntivas y exclusivistas, sino que dentro de un marco integrador se dirige a dilucidar la secuenciación con que deben ser empleados estos procedimientos, además de la especificidad de ellos, en función de los diferentes subtipos clínicos que pretenden aliviar. Secuenciación y especificidad constituyen hoy el nudo gordiano de las viejas polémicas.

Hay dos trabajos recientes (Klerman y Scherter, 1982 y Rousenville y col., 1981) que han tratado de dilucidar, experimentalmente, los supuestos inconvenientes o ventajas de la interacción entre la farmacoterapia y la psicoterapia cuando éstas se emplean simultáneamente en el tratamiento de la depresión.

Comencemos por el trabajo de Rousenville y col. (1981). Este equipo de investigadores plantearon seis hipótesis en torno a los posibles efectos negativos que el empleo conjunto de estos procedimientos puede generar respecto de los resultados terapéuticos obtenidos: efectos negativos de la farmacoterapia sobre la psicoterapia (4 hipótesis) y posibles efectos negativos de la psicoterapia sobre la farmacoterapia (dos hipótesis). Trabajaron con cuatro grupos de enfermos depresivos a los que se les aplicó únicamente psicoterapia (una sesión de 50 minutos a la semana), sólo farmacoterapia (amitriptilina a dosis variables entre 100-200 mgrs/día), combinación de psicoterapia y farmacoterapia (ambos procedimientos antes descritos) y establecimiento de un grupo control al que no se le aplicó ningún tratamiento (DiMascio y col., 1984). Veamos los resultados obtenidos:

1) Posibles efectos negativos de la farmacoterapia sobre la psicoterapia

a) Hipótesis 1: El efecto negativo del placebo

En esta hipótesis se presumía que el uso de medicamentos puede ser nocivo para la psicoterapia, puesto que suscita actitudes antipsicoterapéuticas, tanto en el paciente como en el terapeuta.

Se postuló que la administración combinada de estos dos procedimientos originaría en el terapeuta una actitud de mayor dirigismo y que, por consiguiente, éste emplearía técnicas psicoterapéuticas menos facilitadoras. Esta hipótesis no pudo ser comprobada, el no existir diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos.

Se postuló que con la administración combinada de ambos procedimientos el enfermo emplearía más tiempo en resolver sus conflictos externos y menos tiempo para resolver sus conflictos interpersonales que los pacientes en los que se empleaba únicamente psicoterapia. Esta hipótesis no pudo ser verificada; sólo resultó que los pacientes en los que se usó la terapia combinada (TC) emplearon más tiempo hablando de sus problemas a lo largo del tratamiento que los enfermos del grupo que simplemente recibieron psicoterapia (P).

Se postuló que los pacientes sometidos a TC informarían a su terapeuta de for-

ma menos reflexiva y más descriptiva que los pacientes sometidos a P. No hubo diferencias significativas respecto a este punto. Se postuló también que los pacientes sometidos a TC tendrían dificultades para el *insight* y consecuentemente, atribuirían su mejoría no a factores psicológicos, sino a un aumento de su estado de ánimo; además, probablemente, preferirían el empleo de farmacoterapia a psicoterapia. Los resultados obtenidos no confirman en este caso que los pacientes dependen de la medicación más que de la psicoterapia, ni que desarrollen actitudes de expectación antipsicoterapéutica; antes al contrario, aceptaron muy bien el empleo de ambos procedimientos.

Se postuló, por último, que los pacientes sometidos a TC acabarían por usar más de la psicoterapia que de la farmacoterapia, respecto al grupo sometido únicamente a P. No se encontraron diferencias significativas respecto al uso mayor o menor de psicoterapia por ambos grupos; sin embargo, se constató que el grupo sometido únicamente a P tenía una tendencia significativamente menor a consumir medicamentos.

Se constató también que en el grupo sometido a TC se obtuvo un mejor resultado terapéutico (a través de la evaluación de la intensidad sintomatológica a lo largo del tratamiento) que en el grupo en el que se empleó únicamente P.

b) *Hipótesis 2: La reducción de los síntomas por el empleo de fármacos reduce las motivaciones para continuar con el tratamiento psicoterápico.* Se postuló que los pacientes sometidos a TC, al sentirse aliviados, estarían menos motivados para esforzarse en el trabajo psicoterápico. Aunque estos pacientes mejorasen de sus síntomas, no resolverían sus conflictos ni se autocomprenderían mejor, por lo que en ellos serían más frecuentes las recaídas. Al mejorar más rápidamente de sus síntomas, abandonarían prematuramente el tratamiento psicoterapéutico.

Los resultados refutan la hipótesis: los pacientes sometidos a TC asistieron a un promedio de 14 sesiones de psicoterapia; los pacientes en los que se empleó sólo P asistieron a un promedio de 13,2 sesiones, durante catorce semanas.

c) *Hipótesis 3: Los pacientes sometidos a TC disminuirían sus defensas frente a futuros conflictos.*

Se postuló que los pacientes sometidos a TC reducirían fácilmente su sintomatología, sin llegar a resolver sus conflictos intrapsíquicos, por lo que serían muy vulnerables a futuras situaciones en las que un aumento de estrés o la reemergencia del conflicto, acabaría por suscitar la aparición de nuevos síntomas (recurrencia sintomatológica y sustitución de síntomas).

El análisis de los resultados obtenidos no manifestó ninguna diferencia significativa respecto de este criterio entre ambos grupos. Un seguimiento realizado en estos pacientes, al año de finalizar el tratamiento, tampoco pudo verificar la anterior hipótesis. Más bien se encontró que los pacientes sometidos a TC tenían menos sintomatología y su ajuste social era mejor que los pacientes sometidos únicamente a P.

d) *Hipótesis 4: Efectos deletéreos de la farmacoterapia sobre las expectativas ante la psicoterapia.* Se asume que la administración de fármacos y el mensaje del médico condicionan en el paciente la actitud de que no podrá jamás resolver sus conflictos sin apelar a los medicamentos. En consecuencia, se postuló que el paciente dependerá en el futuro de los medicamentos, siendo incapaz de disponer de los necesarios recursos —por esta acción ahora debilitados— para resolver sus problemas emocionales. En consecuencia, la farmacoterapia condicionaría una evaluación negativa por parte del paciente y una disminución en éste de sus recursos potenciales para la solución de sus problemas personales y, en el futuro, tendrían por tanto una mayor tendencia a rehusar los tratamientos psicoterápicos.

El análisis de los datos obtenidos no soporta ninguna de las anteriores hipótesis. De hecho, el grupo sometido a P mostró una tasa inicial más alta para rehusar la psicoterapia (32%) que el grupo sometido a TC (4%). Ambos grupos no difirieron significativamente respecto de la facilidad o dificultad para reiniciar la psicoterapia después del tratamiento; únicamente el grupo sometido a P permaneció con la tendencia a usar mucho menos la farmacoterapia.

2) Posibles efectos negativos de la psicoterapia sobre la farmacoterapia

a) *Hipótesis 1: La acción de la psicoterapia puede ser sintomáticamente disruptiva.* Se postuló que la acción de la psicoterapia no sólo era ineficaz, sino que podría atenuar los efectos de la farmacoterapia, puesto que por su virtud el paciente atendería a sus conflictos desde las actitudes suscitadas por el proceso psicoterapéutico. Se postuló también desde esta perspectiva que la acción de los medicamentos es más eficaz en la reducción de los síntomas, mientras que las estrategias psicoterapéuticas empleadas contrarrestarían la acción ejercida por los medicamentos y, en consecuencia, los pacientes sometidos a TC abandonarían con mayor frecuencia el tratamiento psicoterapéutico que el grupo de pacientes sometidos únicamente a la acción de la farmacoterapia (F).

El análisis de los resultados obtenidos demostró que en los pacientes sometidos a TC tanto la reducción de sus síntomas como la estabilidad en el tratamiento fue mayor que en los pacientes en que se empleó únicamente F. Se comprobó también la superioridad de la eficacia terapéutica a lo largo del tiempo entre los pacientes sometidos a TC.

b) *Hipótesis 2: El empleo de farmacoterapia confirma las hipótesis bioquímicas sobre la depresión.*

Los bioquímicos consideran que la causa de la depresión consiste en una deficiencia o disfunción cerebral de naturaleza bioquímica y que, en consecuencia, sólo el tratamiento farmacológico es efectivo. La psicoterapia no sólo es ineficaz sino potencialmente disruptiva. Se postuló, entonces, que la acción de la psicoterapia puede conducir al paciente a rechazar en el futuro los tratamientos farmacológicos. Los resultados obtenidos durante el seguimiento de estos pacientes, un año después del tratamiento, demuestran que los sometidos a TC utilizaron los medicamentos en mayor medida que los sometidos a F; solamente los sometidos a P utilizaron con menor frecuencia los fármacos que los sometidos a F. Los sometidos a F manifestaron una mayor tasa sintomatológica y un nivel más pobre en su ajuste social que el grupo de pacientes sometidos a TC. Los resultados anteriores refutan por completo las hipótesis que postulan el empleo independiente de farmacoterapia o psicoterapia, como también refutan inequívocamente el postulado de que la interacción entre uno y otro procedimiento puede, recíprocamente, disminuir o trivializar los efectos producidos, con independencia, por cada uno de ellos.

Los anteriores resultados han sido confirmados también por otros muchos investigadores (Weissman, 1979; y col., 1979; Docherty y col., 1979; DiMascio y col., 1979 y 1984; Hereg-Barón y col., 1979; Klerman y col., 1974 y 1979; Friedman, 1975).

Veamos ahora algunas de las aportaciones derivadas del trabajo de Klerman y Scheter (1982).

Además de confirmar los resultados del anterior trabajo de Rounsaville y col. (1981), que hemos comentado líneas atrás, Klerman y col. (1982) han podido confirmar las siguientes hipótesis:

3) Posibles efectos positivos de la farmacoterapia sobre la psicoterapia

a) Los fármacos favorecen la utilización de la psicoterapia haciendo al paciente más «accesible» a ésta. La reducción de la sintomatología, mediante los fármacos, facilita la participación del paciente en la psicoterapia.

b) Los fármacos influyen en ciertas funciones psicológicas que son muy convenientes para la participación en la psicoterapia. La acción de los fármacos sobre ciertos substratos neurofisiológicos pueden favorecer las habilidades verbales del paciente, mejorar su funcionamiento general a nivel cognitivo, aumentar el rendimiento de su memoria, reducir las distracciones, y promover una mayor concentración y atención.

c) Los fármacos pueden producir el efecto de abreactación o descarga de tensiones que, según Breuer y Freud (1950), permanecen reprimidas.

4) Posibles efectos positivos de la psicoterapia sobre la farmacoterapia

a) La psicoterapia puede cubrir un importante rol en la rehabilitación del paciente, dotándole de nuevas habilidades frente a la resolución de dificultades que aumentan su vulnerabilidad, o desarrollando otras habilidades que, por ejemplo, mejoran sus relaciones interpersonales.

b) La psicoterapia puede ayudar a establecer la relación apropiada entre paciente y terapeuta.

La revisión de estos trabajos, excluyen pues las hipótesis que sostienen sin pruebas —probablemente como un prejuicio consecutivo a la deformación profesional de cada especialista y en función a los tratamientos que él aplica— el empleo independiente de la farmacoterapia y de la psicoterapia.

Hoy la polémica ha de establecerse sobre un marco integrado que se dirija a investigar qué consecuencias son en verdad adscribibles a su acción independiente y conjunta entre estos procedimientos.

El mayor rendimiento terapéutico generado por la TC es debido, en opinión de Weissman y col. (1979), a un efecto aditivo de las consecuencias diferenciales producidas generalmente por el tratamiento farmacológico de un lado y la psicoterapia, de otro. De hecho, según los resultados obtenidos por estos investigadores, la administración independiente de amitriptilina mejora más rápidamente algunos de los síntomas depresivos, especialmente los trastornos del sueño, la disminución del apetito y peso y las quejas de los pacientes de naturaleza somática; el empleo aislado de psicoterapia mejora especialmente el estado de ánimo depresivo, los sentimientos de culpabilidad, las expectativas e intereses personales y las ideas de suicidio del paciente.

Prusoff y col. (1980), al revisar posteriormente los datos obtenidos por Weissman y col. (1979), encontraron una respuesta diferencial a estos tratamientos, en función de que las depresiones tratadas fueran endógenas o reactivas, una vez que se habían establecido dichos subtipos de acuerdo con los criterios de Spitzer y col. (1978). Ambos subtipos de pacientes respondieron bien al tratamiento combinado (TC), pero en los pacientes depresivos endógenos no se obtuvo ninguna respuesta cuando se administró únicamente psicoterapia.

A parecidos resultados llegaron en su investigación con pacientes depresivos endógenos y no endógenos Blackburn y cols. (1981). La TC resultó ser la más efectiva de todas; la terapia cognitiva aplicada aisladamente fue más efectiva que la terapia farmacológica, y ambas, aplicadas independientemente, menos eficaces que la TC.

Recientemente, Kovacs y cols. (1981) compararon los resultados generados por el empleo de terapia cognitiva o imipramina, independientemente, en 44 pacientes depresivos monopolares no psicóticos. Entre ambos grupos no hubo diferencias significativas respecto de la eficacia terapéutica generada por uno y otro procedimiento. Los estudios de seguimientos, realizados un año más tarde, demostraron que en el grupo de pacientes en el que se había aplicado terapia cognitiva las recidivas eran significativamente menos importantes que en el grupo tratado con imipramina.

Particular importancia tienen los resultados comunicados por Glass y col. (1981), quienes compararon los resultados terapéuticos obtenidos en pacientes tratados con imipramina respecto de otro grupo de pacientes de condiciones idénticas tratados con placebo. Los autores se propusieron estudiar la diferencia intergrupos respecto de las disfunciones cognitivas que caracterizan a la enfermedad depresiva. En el grupo de pacientes tratados con terapia cognitiva se encontró un más alto rendimiento, estadísticamente significativo, en tareas de reconocimiento en las que estaba implicada la memoria a corto plazo. No pudo constatar, en cambio, ninguna diferencia intergrupo respecto de la atención o de otras de las funciones cognitivas estudiadas.

Parece excesivamente grosero comparar los resultados terapéuticos obtenidos por uno u otro procedimiento sólo en relación con un criterio tan vago como el de la mayor o menor mejoría de los pacientes. La eficacia diferencial de estos procedimientos es también y principalmente *cualitativamente diferencial*. Quiere esto decir que cada procedimiento modifica diferentes aspectos —independientemente de que éstos puedan contabilizarse o no como síntomas— de la enfermedad depresiva. Parece lógico que sea así, pues de lo contrario habría que concluir la identidad entre la terapia cognitiva y la farmacoterapia, cuestión ésta que nadie se atreverá a afirmar. Si, como sucede, la naturaleza de la terapia cognitiva y de la farmacoterapia son muy diferentes, parece lógico que sus respectivas actuaciones también lo sean; que cada una de ellas incida sobre un sector comportamental o neurofisiológico diferente, y que, en consecuencia, las modificaciones que por su acción se manifiestan en el perfil sintomatológico sean también igualmente diferentes.

Hay investigaciones recientes que fundamentan lo que acabamos de decir. Así, por ejemplo, la de Rush y col. (1981). En este caso se estudiaron los patrones de comportamiento sintomatológico en 35 pacientes depresivos monopolares, en función de que se emplease terapia cognitiva o clorhidrato de imipramina. Durante cuatro semanas se siguieron los cambios producidos en el paciente, en relación con el *self*, las actitudes pesimistas y negativas frente al futuro (*hopelessness*), la afectividad, la motivación y los restantes síntomas vegetativos. Resumo a continuación los resultados obtenidos.

La terapia cognitiva modifica primariamente el punto de vista sobre el *self* y la *hopelessness* y sólo secundariamente —más lentamente y probablemente a través de los cambios aludidos— los síntomas motivacionales y vegetativos. No obstante, los resultados habrán de contrastarse con lo que sucede en aquellos grupos sometidos a la acción de un placebo o en lista de espera. En todo caso sí que puede concluirse que la terapia cognitiva actúa principalmente sobre los síntomas cognitivos de la depresión. Sin embargo, estos resultados están lejos de poder confirmar la teoría cognitiva de la depresión según Beck (1976). Entre otras cosas, porque la modificación de la sintomatología cognitiva no implica la verificación del modelo cognitivo. Y, en parte, también porque los factores sintomatológicos que por su acción resultan aliviados, aunque sean manifestaciones de la depresión, ni definen ni se superponen exactamente con el síndrome depresivo.

Además, la literatura disponible es en este punto todavía contradictoria. Así,

por ejemplo, DiMascio y cols. (1979) comunican que la psicoterapia interpersonal de corte tradicional actúa principalmente sobre el estado de ánimo, las ideas suicidas y los intereses del paciente; por su parte, Blackburn y col. (1979) demostraron que los cambios más rápidos producidos por la medicación en pacientes depresivos graves, son los relativos a ciertos elementos cognitivos como un punto de vista negativo sobre sí mismos y la presencia de culpa y hostilidad. Estos cambios precedían la modificación del estado de ánimo, que sólo posteriormente cambiaba. Hacen falta más investigaciones sobre este inquietante y sugestivo problema. Por el momento hay un relativo acuerdo en señalar que los síntomas vegetativos y motivacionales son los que más tardan en aliviarse. Rush y col. (1982), han llegado a idénticas conclusiones, aunque son más explícitos. Efectivamente, la terapia cognitiva es más efectiva que la imipramina para mejorar el autoconcepto (*selfconcept*) y reducir la *hopelessness*, concorde con lo ya apuntado por Beck (1980). Por contra, el tratamiento con imipramina puede ser más eficaz que la terapia cognitiva, según Rush, al reducir las discrepancias afectivas existentes entre cómo se ve el sujeto a sí mismo y cómo piensa el sujeto que los demás le ven. Según esto, la eficacia diferencial de ambos procedimientos se mostraría, en lo que al auto-concepto se refiere, en que cada una de ellas incide más eficazmente en algunas de las dimensiones (social, emocional y general) que pueden distinguirse en el autoconcepto.

En todo caso estos resultados son elocuentes, pudiendo contribuir a dilucidar un tema especialmente urgente y grave: el riesgo de suicidio. Como han probado Beck y cols. (1975) y Wetzel (1976), hay una alta correlación entre *hopelessness* e intentos suicidas. Por eso, si la terapia cognitiva se muestra más eficaz para la superación de la *hopelessness* que la administración de imipramina, en principio parece lógico que aquella sea también más eficaz que éste en la reducción de los intentos suicidas. De confirmarse esto último, la terapia cognitiva estaría más indicada que la administración de imipramina en aquellos pacientes en que se presume o se demuestre un mayor riesgo suicida.

Hacia una vía de integración cognitiva-farmacológica-conductual en el tratamiento de la depresión

Lo hasta aquí apuntado manifiesta que la integración de la farmacoterapia y de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión, no sólo es hoy posible, sino muy conveniente. Sin embargo, y dejando otras viejas e inútiles polémicas, hay que decir que el problema no está todavía perfectamente esclarecido. Por ejemplo, no sabemos cómo actúan ambos procedimientos, cuáles son los efectos inmediatos generados por cada uno de ellos, o por ambos conjuntamente, sobre el perfil sintomatológico del paciente; desconocemos cómo se modifica la totalidad del proceso terapéutico en función de que hagamos intervenir antes, después o simultáneamente a ambos procedimientos; ignoramos cuáles son los indicadores específicos que recomiendan el empleo de una o varias modalidades asociadas y la proporción en que cada una de ellas deben estar presentes en esa asociación; y todavía no conocemos las consecuencias que a largo plazo pueden derivarse para el paciente en función de la/s modalidad/es terapéutica/s empleada/s.

Sabemos que es necesaria la integración, pero ignoramos cómo hacerla. Sabemos de la eficacia de la terapia cognitiva, pero ignoramos cómo hacer sus efectos para cada caso particular, en función de los ingredientes que en ella introduzcamos. Comenzamos a saber cuáles son los síntomas más vulnerables, los que antes ceden

a la acción de la terapia cognitiva pero ignoramos —aún no está suficientemente probado; al menos no está demostrado inequívocamente— si la causa de la depresión reside en un determinado bloque de pensamientos negativos.

Por otra parte, las diferencias entre terapia comportamental y terapia cognitiva —diferencias que se han acentuado en fecha reciente, especialmente por los cognitivistas, y a favor, naturalmente, de la terapia cognitiva—, todavía permanecen opacas a nuestra observación.

Como han demostrado numerosos autores (McLean y cols., 1973; McLean y Hakstian, 1978; Rehm, 1977 y 1982; Weissman y cols., 1979; Weissman y cols., 1981; Zeiss y cols., 1979 y Fennell, 1983), la terapia cognitiva es un paquete terapéutico muy complejo que contiene importantes componentes de tipo comportamental, además de elementos alejados del cognitismo (y no por ello menos eficaces), como la mayor o menor estructuración de la terapia, el compromiso más o menos activo entre terapeuta y paciente y el grado de colaboración entre uno y otro en el transcurso de la relación terapéutica. Como afirma Rehm (1982), los cambios producidos por la terapia cognitiva se logran por la generalidad de los factores intervinientes en ella más que por los elementos nucleares puestos de relieve en los modelos teóricos (déficits en las destrezas sociales, baja tasa de refuerzo en las actividades, déficits en el autocontrol o presencia de pensamientos negativos distorsionados), que además de excesivos y no probados, apenas si tienen otro valor que el heurístico.

De hecho, con la terapia cognitiva está pasando un poco lo que tanto se ha criticado a la farmacoterapia: que urgidos por la asistencia clínica, los terapeutas se ven forzados a renunciar al control experimental de la situación. Y, como escribe Kazdin y Wilson (1979), «el sacrificio del control experimental asociado al tratamiento en situaciones clínicas puede oscurecer importantes procesos y mecanismos que acontecen en el cambio». En esta misma línea, se queja Rehm (1982) de la escasa literatura disponible en relación a la evaluación independiente de los componentes que se integran en la terapia cognitiva. Siguiendo al autor citado, es preciso atomizar los componentes que integren la terapia y evaluarlos para que, de este modo, la terapia pueda progresar.

Especial interés para esta cuestión tienen las recientes investigaciones de Teasdale y Rezin (1978) y de Teasdale y Fennell (1982 a y b). Los autores predijeron que los pacientes depresivos con una baja tasa de endogeneidad se beneficiarían más por situaciones de distracción que los sujetos depresivos endógenos, pudiendo cambiar así sus cogniciones negativas. Los resultados de la investigación probaron que la *frecuencia* de pensamientos negativos durante esas circunstancias es mucho menor que cuando se controlaban las condiciones experimentales. Esos mismos autores probaron a disminuir, no la frecuencia de los pensamientos, sino su *intensidad*. Para eso compararon el efecto de evaluar la intensidad de los pensamientos en pacientes que pasaban un período de 30 minutos de duración tratando de modificar sus pensamientos negativos, previamente identificados, con los efectos producidos durante el mismo período de tiempo en pacientes sometidos a exploración, información, tertulia y empatía. El cambio fue más efectivo en las primeras condiciones (modificación de 61% de los puntos de la escala) que en las segundas (ninguna modificación en la totalidad de los pacientes, excepto en uno). Y, si embargo, ambos procedimientos son ingredientes importantes de la terapia cognitiva.

Ateniéndonos a las diferencias entre la terapia conductual y la terapia cognitiva, hemos de advertir que ambas son inseparables. Entre otras cosas, porque el mismo cambio cognitivo está abierto a los cambios que se observan en otros sectores comportamentales y viceversa. Como dice Coyne (1982), la terapia cognitiva actúa como

un medio para persuadir al paciente a comportarse de tal forma que su conducta sea inconsistente con sus pensamientos negativos. De hecho, en la medida que esto se consigue, el cambio comportamental produce consecuencias que contradicen los pensamientos negativos y que acaban por erosionar la credibilidad del paciente en esos pensamientos. Por otra parte, lo que se busca es el *cambio comportamental total* y no sólo el cese de los pensamientos negativos. Por ello, también la terapia cognitiva es más un medio al servicio de un fin, que un fin en sí misma. La asociación de terapias cognitivo-conductuales ha probado ser más eficaz que el empleo independiente de cada una de ellas (Taylor y col., 1977).

Todo esto nos habla a favor de la integración de los distintos procedimientos terapéuticos, pero de una integración sin confusión. Aunque se precisa más investigación, debería comprobarse cuál es la eficacia terapéutica diferencial entre los distintos bloques de procedimientos utilizados y también entre los diversos componentes que, integrándose, constituyen cada uno de esos procedimientos. Si dispusiéramos de datos fiables sobre este particular —y si conociésemos además, la mayor o menor vulnerabilidad de la sintomatología específica de cada paciente a la acción conjunta o independizada, simultánea o sucesiva, en mayor o menor proporción, de los diversos componentes—, entonces y sólo entonces podrían diseñarse paquetes terapéuticos específicos para cada paciente, optimizando así su eficacia modificadora.

De otro lado, estos procedimientos en algún modo habrán de modificar el sustrato psicobiológico de la depresión. El conocimiento de este dato contribuiría también, y de forma probablemente importante, a esclarecer todavía más la eficacia individualizada de las diversas estrategias.

Esta opción integradora que aquí se propone no significa que optemos por el eclecticismo, simplificando el problema, recurriendo a no sólo muchos procedimientos sino todos los procedimientos existentes para así procurar al paciente un alivio más rápido. No. La integración que aquí se postula no es aquella que cree en la eficacia de los efectos aditivos, sumatorios casi, de la interacción de procedimientos muy diversos.

La integración aquí propugnada se dirige decididamente a buscar la implementación de la eficacia terapéutica, pero una implementación *cualitativa y específica* y, por consiguiente, atendida a los resultados científicos y al perfil sintomatológico de cada paciente. Esta integración más que aditiva o sumatoria es *transaditiva*, en tanto que integra, en mayor o menor grado, los diferentes componentes intervinientes en los diferentes procedimientos usados, en función de la predicción que pueda establecerse respecto de la eficacia terapéutica de todos y cada uno de ellos.

La razón que fundamenta esta propuesta es la convicción de la existencia de un *triángulo reobranante*, en el que las modificaciones cognitivas, conductuales y bioquímicas pueden potenciarse recíprocamente y, en consecuencia, autorizan el empleo sincrónico de la farmacoterapia y de la psicoterapia.

Este trabajo ha sido financiado dentro de los planes de investigación de la Comisión Asesora de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia (Proyecto n.º 1498/82).

Bibliografía

- Beck, A.T. et al.: «Hopelessness and suicidal behavior: an overview». *JAMA*, 234: 1146-1149, 1975.
- Beck, A.T.: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York International Universities Press, 1976.
- Beck, A.T. et al.: *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guildord Press, 1980.
- Blackburn, I.M. et al.: «The temporal relationship between hostility and depressed mood». *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.*, 18, 227-235, 1979.
- Blackburn, I.M. et al.: «The efficacy of cognitive therapy in depression; a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination». *British Journal of Psychiatry*, 39, 181-189, 1981.
- Breuer, J. y Freud, S.: *Studies in Hysteria*. Boston: Beacon Press, 1950.
- Coyne, J.C.: «A critique of cognition as casual entities with particular reference to depression». *Cognitive Therapy and Research*, 6, 3-13, 1982.
- DiMascio, A. et al.: «Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression». *Arch. Gen. Psychiat.*, 36, 1450-1456, 1979.
- DiMascio, A. et al.: «A control group for psychotherapy research in acute depression: One solution to ethical and metodological issues». *J. Psychiatr. Res.*, 1984.
- Docherty, J. et al.: «Psychotherapy and pharmacotherapy: Conceptual issues». *Am. J. Psychiat.*, 134, 529-533, 1977.
- Fennell, M.J.V.: «Cognitive therapy of depression: The mechanisms of change». *Behav. Psychother.*, 11, 97-108, 1983.
- Friedman, A.S.: «Interaction of drugs therapy with marital therapy in depressed patients». *Arch. of Gen. Psychiat.*, 32, 619-637, 1975.
- Glass, R.M. et al.: «Cognitive Dysfunction and Imipramine in Outpatient Depressives». *Arch. Gen. Psychiat.*, 38, 1048-1051, 1981.
- Herceg-Baron, R. et al.: «Pharmacotherapy and psychotherapy in acutely depressed patients: A study of attrition patterns in a clinical trial». *Compr. Psychiat.*, 20, 315-325, 1979.
- Kazdin, A.E. y Wilson, G.T.: *Evaluation of Behavior Therapy: Issues. Evidence and Research Strategies*. Cambridge, Massachusetts: Ballinger, 1979.
- Klerman, G.L. et al.: «Treatment of depression by drugs and psychotherapy». *Am. J. of Psychiat.*, 131, 186-191, 1974.
- Klerman, G.L. et al.: *A Manual for the Short-term Interpersonal Psychotherapy of Depression*, rev. 4. Mimeographed publication distributed by Yale University School of Medicine, New Haven, Conn., 1979.
- Klerman, G.L. y Scheter, G.: «Drugs and psychotherapy». En E.S. Paykel (ed.) *Handbook of affective disorders*. Edimburgo, Churchill Livingstone, 1982.
- Kovacs, M. et al.: «Depressed Outpatients Treated With Cognitive Therapy or Pharmacotherapy». *Arch. Gen. Psychiat.*, 38, 33-39, 1981.
- McLean, P.P. et al.: «A behavioural approach to the treatment of depression». *J. of Behav. Ther. and Exper. Psychiat.*, 4, 323-330, 1973.
- McLean, P.D. y Kakstian, A.R.: «Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatment». *J. Consult. Clin. Pscjcol.*, 47, 818-836, 1979.
- Polaino-Lorente, A.: *La metapsicología freudiana*. Ed. Dossat. Madrid, 1981.
- Polaino-Lorente, A.: *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Ed. Alhambra Universidad. Madrid, 1982.
- Polaino-Lorente, A.: *Depresión: actualización psicológica de un problema clínico*. Ed. Alhambra. Madrid, 1984 a.
- Polaino-Lorente, A.: «Algunos aspectos de las terapias comportamental y cognoscitiva en el tratamiento de las depresiones reactivas». En J. Mayor y col.: *Manual de Modificación de conducta*. Ed. Alhambra Universidad. Madrid, 1984 b, págs. 661-691.
- Polaino-Lorente, A.: «Terapia cognitiva y conductual en la depresión: una revisión polémica y crítica». Ponencia al I Symposium Nacional sobre «Importancia de las terapias cognitivas y conductuales en la psicopatología infanto-juvenil. Málaga, 1984 c.

- Prusoff, B.A. et al.: «Research diagnostic criteria subtypes psychotherapy and drug treatment». *Arch. of Gen. Psychiat.*, 37, 773-782, 1980.
- Rehm, L.P.: «A self-control model of depression». *Behav. Ther.*, 8, 787-804, 1977.
- Rehm, L.P.: «Self-management in depression». In *The Psychology of Self-management; From Theory to Practice*, P. Karoly and F.H. Kanfer (Eds.), New York: Pergamon Press, 1982.
- Rounsaville, B.J. et al.: «Do Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depression conflict? Empirical Evidence From a Clinical Trial». *Arch. Gen. Psychiat.*, 38, 24-29, 1981.
- Rush, A.J. et al.: «Differential effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on depressive symptoms». *J. of Affect. Dis.*, 3, 221-229, 1981.
- Rush, A.J. et al.: «Comparison of the Effects of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy on Hopelessness and Self-Concept». *Am. J. Psychiat.*, 139: 7, 862-866, 1982.
- Spitzer, R.L. et al.: «Research diagnostic criteria: rationale and reliability». *Arch. Gen. Psychiat.*, 35, 773-782, 1978.
- Taylor, F.G. et al.: «Experimental analysis of a cognitive behavioural therapy for depression». *Cogn. Ther. and Res.*, 1, 59-72, 1977.
- Teasdale, J.D. y Rezin, V.: «Effect of thought-stopping on thoughts, mood and corrugator EMG in depressed patients». *Behav. Res. and Ther.*, 16, 97-102, 1978.
- Teasdale, J.D. y Fennell, M.J.V.: «Investigating immediate effects of depression of brief interventions: An underused tactic in depression treatment research». In *Perspectives on Behaviour Therapy in the Eighties*, M. Rosenbaum, C.M. Franks and Y. Jaffe (Eds.), New York: Springer, 1982 a.
- Teasdale, J.D. and Fennell, M.J.V.: «Immediate effects on depression of cognitive therapy interventions». *Cogn. Ther. and Res.*, 6, 343-351, 1982 b.
- Weissman, M.M. et al.: «The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes». *Am. J. Psychiat.*, 136, 555-558, 1979.
- Weissman, M.M. et al.: «Depressed outpatients: results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy». *Arch. Gen. Psychiat.*, 38, 51-55, 1981.
- Wetzel, R.D.: «Hopelessness, depression, and suicide intent». *Arch. Gen. Psychiat.*, 33, 1069-1073, 1976.
- Zeiss, A.M. et al.: «Non specific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 47, 427-439, 1979.