

# COMBINACION DE PSICO Y FARMACOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Alberto Fernández Liria, Psiquiatra  
Coordinador de Salud Mental del Área 3 (Madrid)  
Profesor asociado de la Universidad de Alcalá  
C/ Fernán González 79, 61 C  
28009 MADRID

*We present in this work a general review of the combination of medication and psychotherapy, and its specific application to depression, we assume the recommendations of the most important international groups. We present a brief review of the psychotherapy as a treatment in the mental disorders and as trainable skill, making a more detailed analysis of the efficiency of the combined treatments with medication, searching in it the complementary, and leaving behind the attitudes based on confrontation, that it has resulted useless and sterile.*

*We end with the conclusion that in some cases it's proved the superiority of the combined treatments, but in other doesn't seem to remain this clear. At least what we can say is that combination of medication and psychotherapy, a priori, it's not negative.*

*Key words: depression, cognitive therapy, interpersonal therapy, integrated treatments, psychopharmacology.*

---

## INTRODUCCIÓN

Las relaciones entre tratamientos farmacológicos y psicosociales estuvieron durante años dominadas por el paradigma estúpido de la confrontación. Las acusaciones de tener un efecto meramente encubridor o carecer de base científica fueron, durante años, el único intercambio practicado entre las dos aproximaciones al trastorno mental.

La introducción desde los años 50 de los antipsicóticos, los antidepresivos y los ansiolíticos modernos en el tratamiento de los trastornos mentales conllevó no sólo un nuevo arsenal de recursos terapéuticos sino un nuevo **modelo** en la conformación de estos recursos. Un modelo que vino de la mano del **ensayo clínico** y que exigía la demostración empírica de la utilidad de los remedios que se iban a utilizar con los pacientes. Un modelo que produjo una revolución de la psiquiatría

que supuso la práctica desaparición de las intervenciones psicosociales, (y aún, aunque eso no nos ocupe aquí, de la reflexión psicológica o psico(pato)lógica) de las principales publicaciones, líneas de investigación y reflexiones de la Psiquiatría desde mediados de los años setenta.

Como consecuencia de esto, a los tratamientos se les exige no una justificación racional, sino una demostración de eficacia. En este aspecto lo que luego experimentó un impresionante desarrollo con el nombre -abusivo- de *psiquiatría biológica*, carente de un modelo de ser vivo y conformada como un conglomerado de hipótesis *ad hoc*, no podía competir en modo alguno con ninguna de las escuelas que se disputaban la hegemonía en la psiquiatría a la que sustituyó con tanto éxito. Sorprendentemente en los albores de la época farmacológica las diferentes escuelas psicoterapéuticas habían producido volúmenes ingentes refutándose mutuamente las bases teóricas y se habían dividido como resultado de apasionados cismas, pero no existía ninguna demostración de que la psicoterapia fuera eficaz en el tratamiento de los trastornos mentales -como señaló acertadamente Eysenck ya en 1952- y, lo que es peor, no existía una metodología adecuada para dar cuenta de tal eficacia.

Basta echar una ojeada a los índices de las revistas internacionales de mediados de los años 90 para comprobar que las intervenciones psicosociales vuelven a ocupar en ellas el lugar que habían abandonado durante los ochenta (como retorna, a veces de su mano y a veces como un eco desde lo académico, el interés por la psicología y la psico(pato)logía). Nos vamos a ocupar aquí de la infrahistoria y las condiciones de este retorno en uno de los dos terrenos en los que se ha producido todo el proceso: el de la depresión (el otro es el de la esquizofrenia).

Varios grupos de psicoterapeutas realizaron desde el final de la década de los setenta un trabajo de investigación que ha sido relevante tanto por sus efectos demostrativos directos como por los hallazgos metodológicos que hubieron de desarrollar para llevarlos a cabo. Dos de ellos constituyeron con su presencia en las principales publicaciones biomédicas en los años 80, la excepción a la regla de ausencia que siguió la psicoterapia durante estos años. Ambos trabajaron en primer lugar sobre depresión. El grupo de Beck desarrolló la Terapia Cognitiva de la Depresión (TCD), cuyo manual vio la luz en 1979 (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El grupo de Klerman y Weissman desarrolló la Terapia Interpersonal de la Depresión (TIP) cuya versión manualizada se publicó en 1984 (Klerman *et al.*, 1984).

Las propuestas de estos dos grupos tenían unas características comunes que han conformado el modo en el que la psicoterapia reaparece en la consideración de los tratamientos de los trastornos mentales.

1) Ambos se presentan al colectivo profesional mostrando sus resultados según el modelo general del **ensayo clínico**.

2) Ambas se definen como **tratamiento** de un trastorno definido (con lo que se hacen coherentes con la práctica médica en su acepción más tradicional) y no en

función de otros valores como el autoconocimiento, el desarrollo personal, etc.

3) Ambas se perfilan como una **destreza profesional** bien definida y para cuya adquisición existen procedimientos reglados.

4) Ambos conciben su utilidad como **complementaria con la de los tratamientos farmacológicos** y no como antagónica a estos.

Desarrollaremos nuestra exposición de acuerdo con estos puntos iniciales

## ENSAYO CLÍNICO Y PSICOTERAPIA

Es la referencia al ensayo clínico (y no la colección de explicaciones *ad hoc* con referencia al sistema nervioso que han seguido a los hallazgos empíricos de la farmacología moderna) lo que ha sustentado la preeminencia de los tratamientos biológicos durante los últimos veinte años. Los dos grupos mencionados presentaron su propuesta de intervención en base a una demostración de su eficacia frente a ausencia de tratamiento, placebo, a otras formas de intervención psicosocial y a imipramina en pacientes seleccionados según criterios del DSM. Ambos habían demostrado en esos estudios iniciales, más eficacia que la ausencia de tratamiento, más que el placebo y al menos tanta como la imipramina, con algún indicio de que la combinación de ambas (imipramina y psicoterapia) podía ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado. Ambos grupos han ampliado sus propuestas a problemas particulares dentro del tratamiento de los trastornos depresivos: recurrencia (Evans *et al.*, 1992; Kovacks *et al.*, 1981; Frank *et al.*, 1993b, 1994), ancianos (Reynolds *et al.*, 1992; Frank *et al.*, 1993a), adolescentes, trastorno bipolar (manual no publicado del grupo de Pittsburg), distimia (Mason *et al.*, 1993), tratamientos en atención primaria (Muson *et al.*, 1993), enfermos terminales (Schulberg *et al.*, 1993); o de otros trastornos: drogodependencias (Markowitz *et al.*, 1993; Rousanvill y Carroll, 1993) trastornos de ansiedad (Cherry y Markowitz, 1996; Beck y Emery, 1985; Clark, 1986, 1991), bulimia (Fairburn, 1981, 1993; Fairburn *et al.*, 1991), trastornos de la personalidad (Beck y Freeman, 1990), etc.

Pero lo que aquí nos interesa es que abrieron un camino que ha sido transitado por diferentes propuestas psicoterapéuticas. Lambert y Bergin (1994) en la cuarta edición del manual de Bergin y Garfield recogen los metaanálisis de estudios de eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos sobre depresión que reproducimos en el cuadro 1. En ellos podemos observar una magnitud de efecto (*effect size*) de 0.65 y 2.15. No es fácil una traducción a términos más descifrables intuitivamente de estos resultados. Pero considérese que estudios semejantes para tratamientos con fármacos antidepresivos han puesto de manifiesto magnitudes de efecto que oscilan entre 0.40 y 0.81 dependiendo de la sustancia y el tipo de trastorno depresivo considerado (Lambert y Bergin, 1994).

Tampoco son fáciles de interpretar los resultados del Proyecto Coordinado de Investigación sobre el Tratamiento de la Depresión (Elkin, 1994) auspiciado por el Instituto Nacional de la Salud americano cuyas publicaciones, además, han tenido

**CUADRO 1:****REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON DEPRESIÓN**

(tomado de Lambert y Bergin, 1994, reproducido con permiso de John Wiley and Sons, Inc., all rights reserved)

autores	diagnóstico/tratam	n1 estudios	magn. efecto
Dobson (1989)	depresión/ter. cognit.	10	2.15
Nietzel, Russel, Hemmings y Gretter (1987)	depresión unipolar	28	0.71
Quality Assurance Project (1983)	depresión	10	0.65
Robinson, Berman y Neimeyer (1990)	depresión	29	0.84
Steinbrueck, Maxwell y Howard (1983)	depresión	56	1.22

una historia complicada debido a desavenencias entre los distintos colaboradores que se han complicado, además, con el cambio de apellido (por cambio de estado civil) de la investigadora principal Irene Elkin (antes Waskow). En este estudio - que tendrá, sobre todo, repercusiones en la metodología de investigación - se compararon cuatro condiciones de atención a pacientes deprimidos (excluidos bipolares y psicóticos): Terapia Cognitivo-conductual de la Depresión (TCD) (Beck *et al.*, 1979), Terapia interpersonal de la depresión (TIP) (Klerman *et al.*, 1984), Imipramina mas Manejo Clínico (IMI-MC) (especificado en un manual elaborado al efecto) y Placebo mas Manejo Clínico (PLA-MC). Entre sus conclusiones (de análisis complejo) destacamos para lo que aquí nos concierne las siguientes:

1) Las cuatro condiciones estudiadas produjeron diferencias significativas en las medidas de síntomas pre y post-tratamiento. La condición PLA-MC obtuvo una tasa de respuesta inesperadamente alta, posiblemente atribuible al componente de terapia de apoyo incluido en el manual de Manejo Clínico, lo que en realidad podría también convertir la opción IMI-CM en una suerte de *tratamiento combinado*, más que en un tratamiento farmacológico puro.

2) Todas las formas de tratamiento activo resultaron más eficaces que el placebo (efectos que son mas evidentes para TIP y IMI-MC - no así para TCD - si se utilizan criterios de *recuperación* en lugar de respuesta).

3) No se pudieron demostrar diferencias significativas entre las tres formas de tratamiento activo empleadas al final del tratamiento, ni siquiera en las medidas en las que cabía esperar una mayor especificidad debida a las hipótesis de base o a las estrategias empleadas en cada forma de tratamiento (excepto mejores resultados para TIP en funcionamiento social y para TCD y IMI-MC para disfunción cognitiva en los pacientes con alteración menos grave de estos parámetros).

4) La modalidad IMI-MC resultó de acción mas rápida que el resto.

5) La tasa de retención fue mayor para TIP.

6) Las depresiones mas graves tendían a responder mejor a IMI-MC y, en segundo lugar, a TIP.

Resulta particularmente inquietante el hecho de que, aunque la tasa de *respuesta* es mucho mayor, al final del tratamiento, sólo algo más de la mitad de los pacientes (51% para TCD, 55% para TIP y 57% para IMI-MC frente a 29% para PLA-MC) hubieron alcanzado criterios de *remisión*. Mas adelante nos referiremos a este hecho como un motivo de insatisfacción que nos debe animar a continuar la investigación y como un argumento a favor del tratamiento combinado.

## **LA PSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES**

El trabajo de los dos grupos a los que venimos refiriéndonos se caracteriza por realizarse sobre un trastorno bien definido -la depresión- y por plantearse como objetivo (en función del cual pueden ser evaluados) la remisión de este trastorno y no algún tipo de cambio definido en terrenos diferentes como la estructura de personalidad o hábitos de comportamiento del que según una hipótesis teórica que fundamenta la práctica, debería, en todo caso, desprenderse como resultado, la mejoría. Se trata de un dato muy importante que ha facilitado la aceptación de estas formas de actuación por el colectivo médico psiquiatra más impregnado que nunca por la concepción positivista de la medicina durante los años a los que nos estamos refiriendo.

La TIP se declara desde el inicio como un tratamiento específico para la depresión, no doctrinario y empírico, basado en la experiencia clínica y en la evidencia experimental y que puede ser practicado desde cualquier postura teórica que no incluya el prejuicio contra las intervenciones psicosociales breves. La TCD parte de unos postulados teóricos claros (la existencia de alteraciones cognitivas de las que resulta el trastorno depresivo). Pero, como han señalado sus propios promotores ni siquiera la refutación de alguno de esos postulados (como la existencia de predicciones erróneas por los pacientes depresivos) puede quitar valor a lo evidenciado por los múltiples ensayos clínicos y más bien debería orientar a una revisión de los planteamientos epistemológicos de partida del grupo investigador (desde un neopositivismo ingenuo hacia el constructivismo social) (Haaga y Beck, 1993). Ninguna de las dos concepciones exige, para ser practicada con eficacia, la asunción en exclusiva de grandes concepciones acerca de la naturaleza del hombre, la conciencia, la conducta o la enfermedad mental (como pueden utilizarse inhibidores de la recaptación de la serotonina sin pensar que la conducta humana sea un epifenómeno de la actividad bioquímica en las neuronas o que una alteración del metabolismo de la serotonina sea la causa última de los trastornos depresivos).

## LA PSICOTERAPIA COMO UNA DESTREZA ADQUIRIBLE

El manual de Beck (Beck *et al.*, 1979), aunque había tenido antecedentes desde la modificación de conducta (Bellack *et al.*, 1981; Fuchs y Rehm, 1977), inaugura la era de la manualización (a la que Luborsky calificó de «pequeña revolución») (Luborsky y DeRubies, 1984), de las intervenciones psicoterapéuticas (que desde la tradición psicodinámica abrieran los ya citados Klerman y Weissman (Klerman *et al.*, 1984), Luborsky (1984) y Strupp y Binder (1989), a los que se sumará un amplio abanico de autores mas jóvenes y alguna versión manualizada de las psicoterapias mas clásicas (Sifneos, 1992). No es el principal efecto de la manualización pero, en lo que aquí nos interesa, la manualización conllevó, en ambos casos, el establecimiento de un procedimiento reglado de formación que determinaba las características de los aspirantes a terapeutas, los requerimientos teóricos y prácticos y el modo de adquirirlos y de comprobar que se habían adquirido. Con ello la práctica de la psicoterapia dejó de ser contemplado como aplicación de algo para lo que facultaba alguna suerte de recorrido iniciático del que resultaban algunas características personales del terapeuta.

## COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Beck y su grupo comienzan su manual (Beck *et al.*, 1979) respondiendo a la pregunta de por qué proponer un tratamiento psicosocial para un trastorno para el que existen tratamientos farmacológicos de utilidad probada. Exponen tres razones: En primer lugar, según aseveran, aunque un 65% de los cuadros depresivos responden a la medicación antidepresiva queda un 35% de no respondientes (el porcentaje de respuesta a psicoterapia es semejante. Pero no hay porqué pensar que el grupo de no respondientes está en ambos casos compuesto por los mismos individuos). Tendría, pues sentido buscar una solución para el 35% restante. En segundo lugar hay quien no quiere tomar fármacos (o no los tolera). Por último el proceso psicoterapéutico constituye una experiencia de la que el sujeto puede sacar otros beneficios que pueden redundar en su capacidad de afrontar nuevas situaciones o síntomas prodrómicos en un futuro, evitando recidivas.

El argumento ha sido recientemente reformulado y aplicado en un editorial del *Current Opinion in Psychiatry* firmado por John Rush (1996). En él señala que aunque las tasas de **respuesta** obtenidas en el tratamiento de los trastornos afectivos están en torno al 50%, las tasas de **remisión** (en los escasos estudios que proporcionan datos para poder evaluar este concepto) se sitúan en torno al 25%. Rush no se refiere a tasas de **recuperación** que incluyan medidas de recuperación de niveles previos de funcionamiento psicosocial o calidad de vida, que la experiencia clínica nos sugiere que deben ser aún peores.

Esta masa de pacientes no respondientes o respondientes pero no recuperados señala la ineludibilidad de los tratamientos combinados. Tanto el grupo de Beck

(Beck *et al.*, 1979) como el de Klerman y Weissman (Klerman *et al.*, 1984) propugnan los tratamientos combinados con fármacos antidepresivos que indican exactamente las condiciones en que está establecido que cabe esperar mejor respuesta de los antidepresivos. En una perspectiva más psicoanalítica, Luborsky (1984) hace lo propio y da indicaciones para la combinación y el manejo de los problemas que de ésta pudieran surgir.

Karasu, editor de la amplísima terapéutica publicada por la *American Psychiatric Association* y de alguno de los más originales, brillantes y divertidos textos sobre psicoterapia de los últimos años (Karasu, 1992) propuso en un modelo de indicación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (como posibilidades no excluyentes en base a la consideración de una serie de dimensiones (**cuadro 2**) (Karasu, 1990a, 1990b). Estas mismas dimensiones podrían, según este autor orientar hacia el tipo de psicoterapia indicado (**cuadro 3**). Karasu recomienda que los clínicos estén formados en alguna de las tres orientaciones psicoterapéuticas y conozcan los principios e indicaciones de las otras dos de modo que puedan utilizar la suya o derivar para las otras solas o en combinación con tratamiento farmacológico

La evidencia a favor de la superioridad de los tratamientos combinados, como señalaron en un trabajo completísimo Klerman y colaboradores (Klerman *et al.*, 1994), es metodológicamente difícil de obtener y requiere de grandes muestras para comparar cuatro o preferiblemente seis grupos de pacientes. Por ello aunque existen trabajos que apuntan tal superioridad (Klerman *et al.*, 1984; Weisman y Klerman, 1990; Blackburn *et al.*, 1981; Hollon *et al.*, 1990; Covi *et al.*, 1990; Frank *et al.*, 1990) han sido discutidos (Manning y Frances, 1990) y están por dilucidar los mecanismos (adición, sinergia, facilitación) y condiciones en que se produce.

Klerman y colaboradores (Klerman *et al.*, 1994) señalaron como posibles mecanismos de acción de la combinación los siguientes:

- 1) La medicación puede facilitar el acceso psicoterapéutico.
- 2) La medicación puede mejorar las funciones yoicas que son requeridas para la participación en la psicoterapia.
- 3) La medicación puede facilitar la abreacción,
- 4) Los efectos positivos de la medicación pueden mejorar las expectativas, actitudes y estigmatización de los pacientes.
- 5) La psicoterapia puede facilitar la adherencia y adaptación al tratamiento farmacológico.
- 6) La psicoterapia puede constituir, en realidad, un abordaje rehabilitador complementario del tratamiento causal que proporcionaría la medicación.

De lo que no cabe duda es de que si la psicoterapia consiste en un proceso de adquisición de nuevos significados de los elementos que constituyen la realidad del sujeto, la mera aceptación de un tratamiento medicamentoso que pretende abordar una *enfermedad* donde había desesperación, culpa e impotencia (que se convierten así en síntomas de los que el sujeto es víctima en lugar de castigos de los que el sujeto

**CUADRO 2:  
INDICACIONES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO  
Karasu (1990b)**

Variable	Indicación de tratamiento (a)	
	farmacológico	psicoterapia
<b>criterios DSM-III- R de depresión mayor</b> humor depresivo	signo vegetativos prominentes; alteración extrema o incontrolada	alteración media, leve o caracterológica
alteración del peso	importante	menos importante
alteración del sueño	despertar precoz	hipersomnias, pesadillas
agitación psicomotriz	hiperactividad o retardo	inquietud o sentimientos de enlentecimiento
fatiga o anergia	estupor depresivo	falta de motivación, abulia
baja autoestima o culpa	delirios o alucinaciones	autoinculpación, autorreproches
dificultades de concentración y pensamiento	descontrol del pensamiento, rumiaciones, incapacidad de concentración	distractibilidad, indecisión, cogniciones negativas
ideas de muerte o suicidio	episodios agudos incontrolados o planes suicidas (b)	sentimientos crónicos de desesperanza y desamparo (c)
<b>Rasgos asociados</b>	ataques de pánico o fobias, delirio paranoide, pseudodemencia síntomas o delirios somáticos	aislamiento social, miedo al fracaso o al rechazo, quejas somáticas o hipocondría
<b>Historia familiar</b>	carga genética (bi o unipolar)	no carga genética (distimia)
<b>Factores predisponentes</b>	otros trastornos (esquizofrenia, alcoholismo, anorexia...)	estresores psicosociales, pérdidas, cambios de estatus o rol
<b>Trastornos de la personalidad</b>	límite, histriónico, obsesivo	dependiente, inadecuado, masoquista
(a) No son categorías excluyentes (b) Puede requerirse, además, hospitalización (c) La medicación puede ser también útil		

es merecedor) supone una operación psicoterapéutica a la que cabe atribuir la altísima eficacia obtenida por el placebo. Nótese el gran parecido de esta operación con lo propiciado por los terapeutas interpersonales en las fases iniciales bajo los epígrafes hacerse cargo de la depresión y otorgar al paciente el rol de enfermo.

**CUADRO 3:**  
**VARIABLES SELECTIVAS Y NO SELECTIVAS PARA LA**  
**PSICOTERAPIA DE LA DEPRESIÓN**  
 Karasu (1990b)

VARIABLES NO SELECTIVAS	VARIABLES SELECTIVAS		
	PSICODINÁMICA	COGNITIVA	INTERPERSONAL
sentimientos de desesperanza y desamparo	sentimiento crónico de vacío y minusvalía personal	Pensamientos claramente distorsionados acerca de sí mismo del mundo y del futuro	Disputa reciente con conyuge u otro significativo
apatía, dishedonia	pérdidas o separaciones largas en la niñez	pensamiento pragmático (lógico)	Problemas sociales o de comunicación
expectativas e ideales inalcanzables	conflictos en relaciones pasadas (padres, compañeros sexuales...)	insuficiencias reales (incluido fracaso en otras psicoterapias)	Transición o cambio reciente en la vida
hipersomnia, pesadillas	capacidad de <i>insight</i>	necesidad de guía moderada o alta	Reacción de duelo anormal
sentimientos de inquietud o enlentecimiento	capacidad de modular la regresión	respuesta a entrenamiento conductual y autoayuda (alto grado de autocontrol)	Necesidad de guía modesta o moderada
abulia y apatía	acceso a sueños y fantasías		Respuesta a la manipulación ambiental (existe red social)
culpa, baja autoestima	poca necesidad de dirección		
distractibilidad, alteración del pensamiento	entorno estable		
deseos o intenciones de muerte			
aislamiento social, temor al fracaso o rechazo			
quejas somáticas o hipocondría			

Klerman y colaboradores advierten también de los posibles efectos negativos de la combinación. Los posibles efectos negativos de la medicación sobre la psicoterapia se deberían a: 1) efecto placebo de la medicación en presencia de la psicoterapia, 2) una reducción de los síntomas que conllevaría una reducción de la motivación para la psicoterapia y 3) un socavamiento de las defensas que propicia la sustitución de síntomas. Los posibles efectos negativos de la psicoterapia sobre la farmacoterapia podrían ser: 1) aumentar innecesariamente el gasto, 2) ser sintomáticamente disruptiva y 3) dificultar la adaptación a la medicación. En cualquier caso Manning y Frances (1990) aunque, como ya hemos mencionado son

sumamente cautos a la hora de valorar las evidencias a favor de la combinación existentes en la literatura, sí creen poder concluir que en ella no existe ningún indicio de que el resultado de la combinación pueda ser peor que el de cualquiera de ellos por separado.

## CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

En la actualidad existe un amplio arsenal de tratamientos para los trastornos depresivos aunque ninguno de ellos puede considerarse (con respuestas en porcentajes en torno al 60% y remisiones del 25%) enteramente satisfactorio. No existe evidencias de que la combinación de ambos tratamientos sea contraproducente y en cambio sí las hay de que puedan tener un efecto potenciador por lo que la combinación es recomendable y la investigación sobre las condiciones en que ésta puede surtir más efecto una auténtica necesidad (en este terreno se ha ido más lejos con las intervenciones psicosociales en pacientes esquizofrénicos).

Los clínicos que trabajan con pacientes depresivos deben conocer y emplear al menos una (aunque sería deseable que tuvieran una formación básica en dos o tres) de las intervenciones que han demostrado eficacia y las indicaciones de las otras intervenciones, para poder derivar a sus pacientes a quien pueda practicarlas cuando estén indicadas (el esquema de Karasu (1990b) que reproducimos en los cuadros 2 y 3 puede valer como primera aproximación a los criterios a emplear).

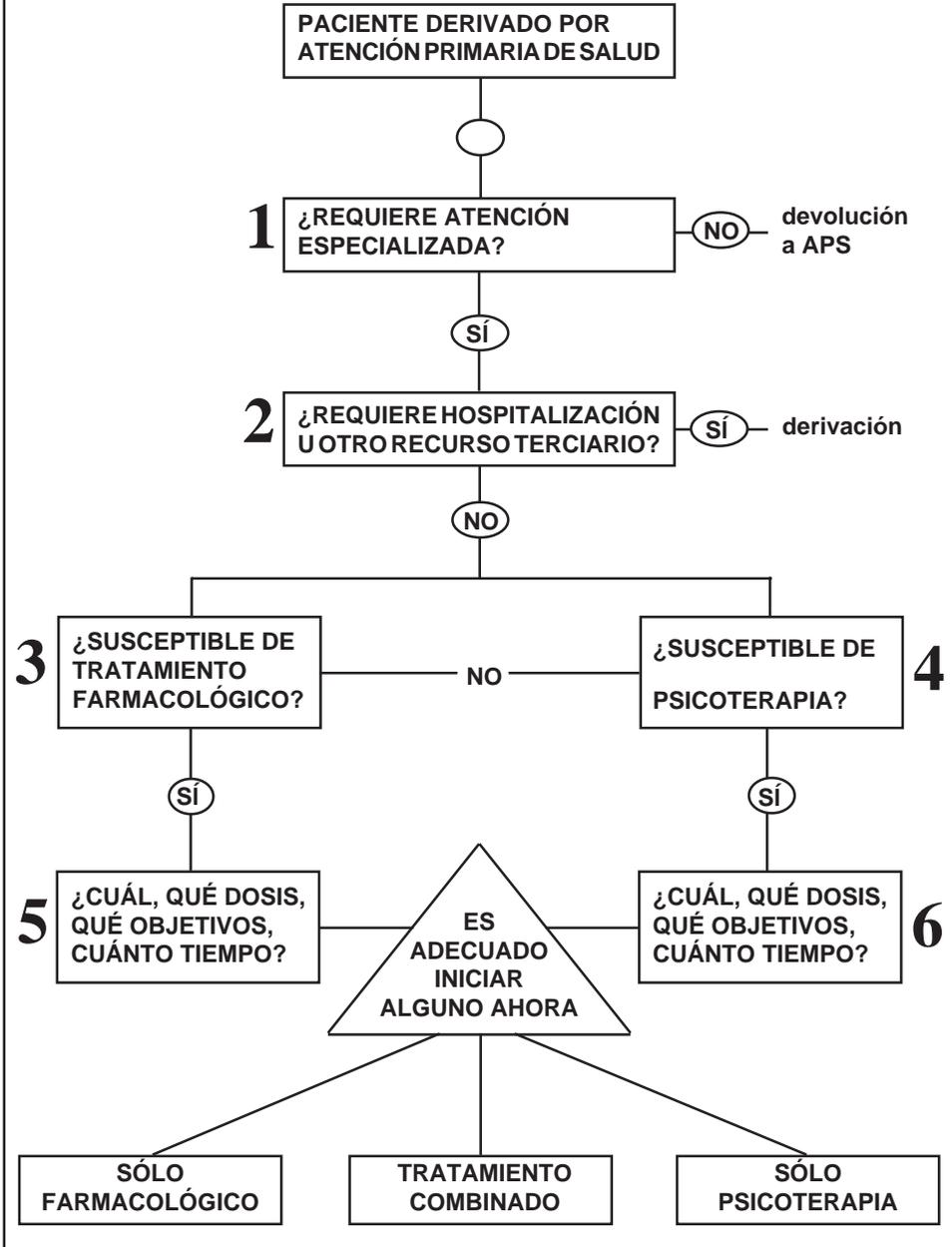
En un grupo de expertos con práctica en psicoterapia en el sector público que trabajó en Madrid (Fernández Liria *et al.*, 1997) recientemente, publicamos el árbol de decisión que aparece en la **figura 1** y que considera el momento de indicación de una intervención psico y/o farmacoterapéutica. Los criterios utilizados para ello se explicitan en los **cuadros 4 y 5**. Como puede observarse la susceptibilidad de un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico debe analizarse independientemente.

### CUADRO 4:

#### CONDICIONES PARA LA VIABILIDAD DE UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, y Mas Hesse (1997)

- 1) se admite que el cuadro clínico que presenta el paciente suele responder a tratamiento con determinados fármacos. O bien, que, aún no siendo así
- 2) el cuadro incluye síntomas que sí responden a tratamiento farmacológico y cuya modificación alteraría el curso o el impacto del trastorno sobre la vida del paciente. Hay que valorar así mismo
- 3) la posible existencia de contraindicaciones y
- 4) la aceptación de este tipo de tratamiento por parte del paciente.

**FIGURA 1:**  
**PROCESO DE INDICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA**  
 Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B,  
 Benito Cano T, Mas Hesse J (1997)



En caso de estar ambos igualmente indicados consideraciones acerca de la eficiencia deben orientarnos en la elección de uno de ellos o la combinación de ambos.

**CUADRO 5:**

**CONDICIONES PARA LA VIABILIDAD DE UN  
TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**  
**Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega,  
Benito Cano, y Mas Hesse (1997)**

- 1) existe evidencia de que el cuadro clínico que presenta el paciente responde a psicoterapia. O bien, aunque no sea así,
- 2) existen ciertos aspectos del problema por el que se consulta que serían modificables por la psicoterapia y su alteración mejoraría el curso o atenuaría el impacto del trastorno. Además es preciso que
- 3) exista o se pueda construir una versión del problema (aportada o aceptada por el demandante) que plantea:
  - un conflicto en la relación consigo mismo
  - un conflicto en relación con otros significativos
  - un conflicto con acontecimientos.Este requisito supone la capacidad del paciente de colocarse como implicado personalmente en el problema o la resolución del mismo. Hay que considerar así mismo:
- 4) las expectativas del paciente respecto al tratamiento, así como la presencia de
- 5) posibles factores limitantes (edad y etapa del ciclo vital del paciente, accesibilidad, aspectos culturales -incluida la concordancia con el terapeuta- y actitud y susceptibilidad ante el cambio)

*Presentamos en este trabajo una revisión del modelo de combinación de psicofármacos y psicoterapia en general y aplicado específicamente a la depresión, asumiendo las recomendaciones de los grupos más importantes a nivel internacional sobre este tema.*

*Hacemos una breve revisión de la psicoterapia como tratamiento utilizado en los trastornos mentales y como destreza adquirible, haciendo un análisis más detallado de la efectividad de los tratamientos combinados con psicofármacos, buscando en ello la complementariedad, y dejando atrás las actitudes basadas en la confrontación que han resultado inútiles y estériles.*

*Terminamos con la conclusión de que si en algunos casos parece que está demostrada la superioridad de los tratamientos combinados, en otros no parece quedar esto claro, pero desde luego lo que sí cabe decir, es que la combinación de psicofármacos y psicoterapia, a priori, no es negativa.*

*Palabras clave: depresión, terapia cognitiva, terapia interpersonal, tratamientos combinados, psicofarmacología.*

## Referencias bibliográficas

- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*. New York: Guilford. (Trad cast: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983)
- BECK, A.T., & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BECK, A.T., & FREEMAN, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- BELLACK, A.S., HERSEN, M., & HIMMELHOCH, J. (1981). Social skills training with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1562-1567.
- BLACKBURN, I.N., BISHOP, S., GLEN, A.I.M., WHALEY, L.J., & CHRISTIE, J.E. (1981). The efficacy of cognitive therapy of depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- CHERRY, S., & MARKOWITZ, J.C. (1996). Interpersonal psychotherapy. En J.S. Kantor (Ed.), *Clinical depression during addition recovery: Process, diagnosis and treatment* (pp. 165-185). New York: Marcel Dekker.
- CLARK, D.M. (1986). Cognitive therapy to panic. *Behavior Research and Therapy*, 24, 461-470
- CLARK, D.M., & SALKOVSKIS, P.M. (1991). *Cognitive therapy with panic and hypochondriasis*. New York: Pergamon.
- COVI, L., LIPMAN, R.S., & SMITH, J.E. (1990). Group psychotherapy and pharmacotherapy of depression. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 65-112). Washington: American Psychiatric Press.
- DOBSON, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- ELKIN, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 114-142) (IVth edition). New York: Wiley.
- EVANS, M.D., HOLLON, S.D., DERUBIES, R.J., PIASEKI, J.M., GROVE, W.N., GARVEY, M.J., & TUASON, V.B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 309-324.
- EYSENCK, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- FAIRNBURN, C.G. (1981). A cognitive behavioral approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- FAIRNBURN, C.G. (1993). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 353-378). Washington: American Psychiatric Press.
- FAIRNBURN, C.G., JONES, R., PEVLER, R.C., CARR, S.J., SOLOMON, R.A., O'CONNOR, M.E., BURTON, J., & HOPE, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 463-469.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A., HERNÁNDEZ MONSALVE, M., RODRÍGUEZ VEGA, B., BENITO CANO, T., & MAS HESSE, J. (1997). Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental. En A. Fernández Liria, M. Hernández Monsalve, & B. Rodríguez Vega (Eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración* (pp. 143-162). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- FRANK, E., KUPFER, B.D.J., & LEVENSON, J. (1990). Continuation treatment for unipolar depression. The case for combined treatment. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 133-150). Washington: American Psychiatric Press.
- FRANK, E., KUPFER, D.J., CORNES, C., & MORRIS, S.M. (1993). Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy*. (pp. 75-102). Washington: American Psychiatric Press.
- FRANK, E., FRANK, N., CORNES, C., IMBER, S.D., MILLER, M.D., MORRIS, S.M., & REYNOLDS, C.F. (1993). Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy*. (pp. 167-198). Washington: American Psychiatric Press.

- FRANK, E., KUPFER, D., PEREL, J., CORNES, C., JARRET, D., MALLINGER, A., THASE, M., MCEACHRAN, A., & GROCHOCINSKI, V. (1994). Three-years outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 47, 1093-1099.
- FUCHS, C.Z., & REHM, L.P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- HAAGA, D.A., & BECK, A.T. (1993). Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapia cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- HOLLON, S.D., DERUBIES, R.J., & EVANS, M.D. (1990). Combined cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depression. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 35-64). Washington: American Psychiatric Press.
- KARASU, T.B. (1992). *Wisdom in the practice of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- KARASU, T.B. (1990a). Toward a clinical model of psychotherapy for depression. I: Systematic comparison of three psychotherapies. *American Journal of Psychiatry*, 147, 133-147.
- KARASU, T.B. (1990b). Toward a clinical model of psychotherapy for depression, II: An integrative and selective treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 147, 269-278.
- KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., MARKOWITZ, J.C., GLICK, I., WILNER, P.J., MASON, B., & SNEAR, K. (1994). Medication and psychotherapy. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 734-782) (IVth edition). New York: Wiley.
- KLERMAN, G.L., ROUSANVILLE, B., CHEVRON, E., NEU, C., & WEISSMAN, M.M. (1984). *Interpersonal psychotherapy (IPT)*. New York: Basic Books.
- KOVACS, M., RUSH, A.J., BECK, A.T., & HOLLON, S.D. (1981). Depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: A one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 38, 34-39.
- MANNING, D.W., & FRANCES, A.J. (1990). Combined therapy for depression: critical review of the literature. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 1-34). Washington: American Psychiatric Press.
- MARKOWITZ, J.C., KLERMAN, G.L., PERRY, S.W., CLOUGHERTY, K.E., & JOSEPHS, L.S. (1993). Interpersonal psychotherapy for depressed HIV-seropositive patients. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 199-224). Washington: American Psychiatric Press.
- MASON, B.J., MARKOWITZ, J.C., & KLERMAN, G.L. (1993). Interpersonal depression for dystimic disorders. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 225-264). Washington: American Psychiatric Press.
- MUFSON, L.H., MOREAU, D., WEISSMAN, M.M., & KLERMAN, G.L. (1993). Interpersonal psychotherapy for adolescents with depression. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 129-166). Washington: American Psychiatric Press.
- NIETZEL, M.T., RUSSELL, R.L., HEMMING, K.A., & GRETTER, M.L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 156-161.
- LAMBERT, M.J., & BERGIN, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: Wiley.
- LUBORSKY, L., & DERUBIES, R.J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- QUALITY ASSURANCE PROJECT (1983). A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 129-146.
- REYNOLDS, C.F., FRANK, E., PEREL, J.M., IMBER, S.D., CORNES, C., MORYCZ, R.K., MAZUMDAR, S., MILLER, M.D., POLLOCK, B.K., RIFAI, A.H., STACK, J.A., GEORGE, C.J., HOUCK, P.R., & KUPFER, D.J. (1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 149, 555-558.
- ROBINSON, L.A., BERMAN, J.S., & NEIMEYER, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 100, 30-49.
- ROUSANVILLE, B.J., & CARROLL, K. (1993). Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 319-352). Washington: American Psychiatric Press.

- RUSH, J. (1996). Assessing outcome in practice: a paradigm shift?. *Current Opinion in Psychiatry*, 1-2.
- SCHULBERG, H.C., SCOTT, C.P., MADONIA, M.J., & IMBER, S.D. (1993). Applications of interpersonal psychotherapy for depression in primary care practice. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 265-294). Washington: American Psychiatric Press.
- SIFNEOS, P.E. (1992). *Short-Term anxiety-provoking psychithery. A treatment manual*. New York: Basic Books. (Trad cast: *Psicoterapia breve con provocación de angustia. Manual de tratamiento*. Buenos Aires: Amorrortu).
- STEINBRUECK, S.M., MAXWELL, S.E., & HOWARD, G.S. (1983). A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 856-863.
- STRUPP, H.H., & BINDER, J.L. (1989). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books. (Trad cast: *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1993).
- WEISSMAN, M.M., & KLERMAN, G.L. (1990). Interpersonal psychotherapy and its derivatives in the treatment of depression. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 113-132). Washington: American Psychiatric Press.