

La terapia interpersonal de la depresión en la esquizofrenia: una propuesta de tratamiento.

Interpersonal therapy for depression in schizophrenia: a treatment proposal.

Rafael Romero Gamero. Psicólogo Clínico.

Hospital de Día de Salud Mental, Hospital Universitario “Virgen Macarena”, Sevilla.

Silvia Poves Oñate. Psicóloga Clínica.

Unidad de Salud Mental Comunitaria de Osuna, Hospital “Virgen de la Merced”, Osuna (Sevilla).

Nicolás Vucínovich. Psiquiatra.

Unidad de Salud Mental Comunitaria-Oriente, Hospital Universitario “Virgen del Rocío”, Sevilla.

Resumen: Los pacientes con esquizofrenia pueden presentar elevados niveles de sintomatología depresiva. La aparición no es propia de una etapa determinada de la enfermedad sino que está presente a lo largo de todas ellas, desde un primer episodio a estados crónicos. El someterse a un tratamiento por tiempo indefinido, las disputas familiares, la percepción de falta de autonomía, etc. son factores relacionados con la mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos, siendo la mayor complicación el elevado riesgo de suicidio. La ayuda terapéutica puede ser de enorme utilidad, tanto para reducir la sintomatología como mejorar a la larga la adaptación del paciente y su pronóstico. La Terapia Interpersonal es una terapia de demostrada eficacia en la depresión. En el presente trabajo exponemos la adaptación propuesta del modelo original para su aplicación en pacientes con esquizofrenia.

Palabras clave: Terapia interpersonal, esquizofrenia, depresión, suicidio.

Abstract: Schizophrenic patients may have high levels of depressive symptoms. Depression appears through every stage of schizophrenia, from first episode to chronic conditions. Undergoing treatment indefinitely, family disputes, lack of autonomy perceived, etc., are factors related to a higher probability of having depressive symptoms, being the main complication a high risk of suicide. Therapeutic help is usefull to reduce symptoms and to improve long - term adaptation and prognosis. Interpersonal Psychotherapy has proved effectiveness for depression. In this paper we describe the adaptation of the original model for application in patients with schizophrenia.

Key words: Interpersonal psychotherapy, schizophrenia, depression, suicide.

Introducción

Atendiendo a los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas,

observándose que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de su vida, aumentando este número si se suman factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés (1). Además, se espera que

para el año 2020, la discapacidad por depresión se convierta en la segunda causa más común tras las enfermedades cardiovasculares (2).

En cuanto a los datos de prevalencia esta es variable según el país analizado. Por ejemplo, atendiendo a los datos ofrecidos por el *Nacional Comorbidity Survey Replication* americano se detectó que un 16,2% de las personas presentaron un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida y que un 6,6% lo presentaron en los últimos 12 meses (3). Respecto a la población europea se estima una prevalencia anual del 6,1% en población adulta según las conclusiones del Libro Verde elaborado por la Comisión de las Comunidades Europeas (4).

Además de su alta prevalencia otro de los aspectos más destacados de la depresión es su relación con la conducta suicida (5). A juicio de la OMS, el suicidio constituye un serio problema de salud pública, que supone casi un millón de víctimas al año, además de unos costes económicos muy elevados. Los datos sobre población española indican que el número de suicidios consumados han ido en aumento, pasando de 1.652 en 1980 a 3.399 en 2005. La tasa de mortalidad por suicidio ese último año fue de 15,79/100.000 habitantes (6).

Finalmente comentar el coste económico que supone actualmente la depresión, con importante pérdidas de días de trabajo (11 días en un periodo de 6 meses) muy superior a los individuos que no presentan ésta patología (7).

La depresión en la esquizofrenia

Los pacientes con esquizofrenia suelen referir con frecuencia sintomatología de carácter depresivo llegando en algunos estudios a niveles de incidencia muy elevada. La aparición no es propia de una etapa determinada de la enfermedad sino que está presente a lo largo de todas las etapas, desde un primer episodio a estados crónicos. Algunos autores (8) señalan cifras que alcanzan el 67% de las muestras estudiadas.

La frecuencia de depresión en pacientes esquizofrénicos es tan relevante incluso se ha llevado a considerar en las clasificaciones actuales (9, 10) diagnósticos como el de depresión post-esquizofrénica para hacer referencia a la presencia de sintomatología depresiva tras un episodio psicótico.

Esta alta prevalencia nos hace tener en cuenta la presencia de síntomas como pesimismo, disminución de la concentración o la pérdida de placer, con gran detenimiento a la hora de considerar el diagnóstico diferencial adecuado, al ser síntomas que pueden llevar a confusión cuando estamos ante un paciente con esquizofrenia. Consideramos, por otro lado, que la importancia de un adecuado examen médico para descartar determinadas patologías (anemia, hipotiroidismo, neoplasias, etc.) o el uso de medicaciones (neurolépticos, antihipertensivos, betabloqueantes, etc.) que pueden producir síntomas similares a una depresión. Otro elemento a tener en cuenta es el consumo de sustancias adictivas por lo que su estudio nos puede ayudar a evitar el diagnóstico erróneo.

Sin embargo, la mayor complicación a la que debemos hacer frente es el elevado riesgo de suicidio (8) que presentan los pacientes esquizofrénicos que refieren sintomatología depresiva durante su evolución, en especial, cuando se unen elevados niveles de aislamiento social y desesperanza. Si a lo anterior se le une dificultades económicas o fragmentación social o familiar el riesgo se multiplica (11). Completando el perfil señalado el ser joven, sexo masculino, estar soltero, el intento previo de suicidio, la presencia de cierta conciencia de enfermedad y alta reciente del hospital son elementos a tener muy presente a la hora de valorar el riesgo autolítico (12). Otros autores han observado que los esquizofrénicos, que presentan un buen funcionamiento premórbido y que tras una recaída mejoran adquiriendo cierta conciencia de enfermedad pueden “*darse cuenta*” de los efectos destructivos que la enfermedad supone en sus vidas y ver el suicidio como una alternativa *razonable* ante el temor a un nuevo ingreso y a la imagen negativa que tienen ante el futuro que les puede esperar (13).

Todo lo anterior se encuentra relacionado, en gran medida, con el hecho de tener que hacer frente a una serie de cambios en su vida difíciles de aceptar.

Supone el abandono de los proyectos vitales definidos hasta ese momento asumiendo, siendo jóvenes, que va a necesitar un tratamiento durante largos periodos sino durante toda la vida, afrontar los posibles reingresos, la dificultad o



imposibilidad de trabajar y cambios en su estilo de vida que se desmarcan de lo habitual en su red social o familiar.

Esto supone periodos de crisis y consecuentes procesos de adaptación a las nuevas situaciones o etapas de la enfermedad.

Tras la comentado, consideramos que la elección de un abordaje psicoterapéutico adecuado ante ésta problemática es de extraordinaria importancia. Un abordaje que incida en los sentimientos de desesperanza, que ayude a los afectados a adaptarse a la nueva situación, que puede suponer importantes cambios en los roles desempeñados hasta ese momento, con limitaciones iniciales en su calidad de vida, en sus relaciones sociales, familiares, de pareja. Que el paciente elabore adecuadamente esos cambios vitales que sufre puede ser de extrema importancia de cara a una adecuada evolución de la propia enfermedad, en especial, en los primeros episodios. Entre las psicoterapias indicadas específicamente para la depresión consideramos que la Terapia Interpersonal cumple las características mencionadas.

Terapia interpersonal de la depresión

En las últimas décadas se han desarrollado diversas psicoterapias de gran eficacia y efectividad para los trastornos afectivos como es el caso de la Terapia Cognitivo-Conductual (14,15,16) y la Terapia Interpersonal. Esta última terapia, ha ido desarrollándose durante los últimos cuarenta años y aplicándose en distintos formatos y contextos, no solo para los trastornos depresivos sino a otros trastornos psicopatológicos (17) como trastornos bipolares, trastornos de ansiedad o trastornos de la alimentación entre otros. Ha sufrido adaptaciones para su uso en atención primaria, para el tratamiento de parejas y a intervenciones grupales (17). Ha mostrado su eficacia en comparación a la Terapia Cognitivo-Conductual o la medicación antidepresiva en diferentes y rigurosos estudios, incluso en depresión severa (14, 16).

La Terapia Interpersonal (TIP, en adelante) es una terapia específica y breve para los cuadros depresivos (18). Se destaca por su trabajo sobre los problemas interpersonales que presentan los pacientes y su relación con el malestar afectivo actual. La TIP intenta aliviar los síntomas de los

pacientes mediante el desarrollo de estrategias más adecuadas de resolución de las situaciones conflictivas que están viviendo en el presente.

La TIP se desarrolla en tres fases: A) la inicial o diagnóstica, B) la intermedia o focalizada y C) la final o de terminación. El tratamiento estándar suele cubrir de 12 a 20 sesiones.

A) El objetivo de ésta fase es aliviar los síntomas, dar ánimo y esperanzas al paciente. Es una etapa psicoeducativa que supone explicar sus síntomas, diagnóstico, pronóstico y el tratamiento que se le va a ofrecer. Un elemento común en esta parte de la terapia es el de otorgarle el *rol de enfermo*. De éste modo se le permite, durante un breve periodo el eliminar ciertas obligaciones que vive como estresantes, se aprovecha para establecer una mejor relación terapéutica pero con el objetivo de irse responsabilizando en su tratamiento de forma paulatina. Se le debe de transmitir que es solo un “alto en el camino” para recuperarse y tomar un nuevo impulso.

Lo central en ésta fase es delimitar las áreas interpersonales conflictivas para trabajar sobre ellas, se exploran los cambios en sus relaciones personales, familiares o de vida que puedan ser de relevancia respecto al cuadro depresivo actual. Las áreas de trabajo se pueden agrupar en: duelo (reacción anormal por la intensidad o duración), disputas interpersonales de rol (por ejemplo, conflictos con familiares, amigos o parejas), transiciones de rol (el diagnóstico de la esquizofrenia, el alta tras un ingreso, la pérdida del trabajo, etc.) y déficits interpersonales (carencias de habilidades sociales). Por supuesto a mayor duración de la terapia mayor posibilidad de trabajar distintas áreas conflictivas.

B) En la segunda etapa, se centran en la búsqueda de estrategias o planes alternativos de comportamiento que puedan suponer un mayor beneficio para la resolución de su estado afectivo. En este periodo y debido al alivio que han podido presentar tras las primeras sesiones de terapia se le retira el *rol de enfermo* para que vaya asumiendo una mayor responsabilidad en todo el proceso terapéutico.

C) La fase final implica que el paciente debe de irse preparando para la finalización de la terapia suponiendo en algunos casos el desarrollo de

sentimientos de temor, dependencia o incluso un pasajero empeoramiento. El paciente y terapeuta dedican parte del tiempo a resumir lo que ha supuesto el proceso el proceso terapéutico, así como lo aprendido. El terapeuta anima al pacientes a poner en práctica lo conseguido permitiendo consolidar la mejoría obtenida con el tratamiento. El objetivo es la prevención de posibles reagudizaciones o recaídas.

Finalmente comentar que la TIP enfatiza que lo decisivo es lo que se persigue con la terapia, una mayor capacidad de afrontamiento, y no tanto las técnicas, las cuales se eligen y se usan de forma puntual, según los objetivos que nos hemos planteando pudiéndose usar técnicas proveniente de diversas orientaciones teóricas siempre que no suponga una alteración de los objetivos previstos. El manual disponible es muy orientador, ofreciendo pautas concretas de actuación ante distintas problemáticas, lo que permite que un psicoterapeuta experto en otros enfoques pueda llegar a dominar la TIP sin excesivas dificultades. Finalmente, comentar que el terapeuta asume un papel de aliado, es activo, transmite en todo momento esperanzas de mejoría realista y muestra empatía ante lo expresado por el paciente.

TIP y esquizofrenia

Se destacan, como ya se ha comentado, cuatro focos terapéuticos principales que en el caso que nos ocupa son muy relevantes:

- *Las disputas interpersonales*: Es conocido por todos los profesionales, los altos niveles de emoción expresada que pueden acrecentar la probabilidad de recaídas y mala evolución de la enfermedad (19).
- *La falta de habilidades sociales*: La frecuente sintomatología de tipo negativo produce un aislamiento social cada vez mayor con pérdida de sus lazos sociales y una pérdida creciente de sus habilidades sociales (carencia de habilidades sociales).
- *La transición de rol*: La evolución de la propia enfermedad, deteriorante en muchos casos, y la toma de consciencia de ella por el propio paciente al desarrollo de cuadros depresivos a verse obligado a admitir la pérdida de una imagen propia deseada y que no volverá.

- *Duelo patológico*: La gran mayoría de los pacientes afectados de esquizofrenia conviven con sus padres. La pérdida de ellos, siendo su principal vínculo social, supone un periodo de alto riesgo de cara al padecimiento de cuadros depresivos y riesgo autolítico.

Son escasas las aplicaciones de enfoques psicoterapéuticos para el tratamiento de la depresión en el contexto de la esquizofrenia, entre ellos podemos destacar el artículo de Lacaz, Bressan y Mello, (20) con resultados positivos en tres pacientes. Éstos autores han planteado ciertas modificaciones respecto al modelo original, como la existencia de un 5º foco: la percepción de pérdida del *self* saludable. Se englobaría aquí lo comentado en cuanto a la vivencia de de una dolencia crónica, con pérdida de autonomía, necesidad de medicación de por vida, así como las limitaciones a nivel social, afectivo o laboral consecuentes. Consideramos de interés ésta puntualización y que puede englobar conceptualmente lo expresado hasta ahora sobre las adaptaciones a las que se ven obligados los pacientes. Sin embargo, podemos considerar que hablamos de un tipo de transición de rol, siendo las estrategias y objetivos semejantes en ambos casos.

En general consideramos que el formato original (18) puede ser aplicado con escasas modificaciones a la sintomatología depresiva en la esquizofrenia.

Entre las modificaciones útiles que se pueden realizar consideramos las siguientes:

- En algunos casos sesiones más breves (30 minutos) debido a los déficits cognitivos que suelen presentar.
- Sesiones más frecuentes, por ejemplo tres semanales, durante las primeras semanas, en especial, en casos más graves.
- Mostrarse disponible para atender al paciente fuera de las citas previstas.
- En algunos casos la primera etapa de exploración del caso, en especial, debido a las dificultades para la vinculación de su estado de ánimo con los factores relacionales puede precisarse que se prolongue más en el tiempo.
- En ocasiones la asunción de un papel más activo por parte del terapeuta puede ser deseable



debido a los déficits cognitivos, en especial a la búsqueda de alternativas durante la segunda fase del tratamiento.

- El papel atribuido al terapeuta de aliado del paciente, transmisor de esperanza y empático es considerado de especial relevancia a la hora de intervenir en éstos casos, en especial en las primeras etapas de la terapia, pudiendo ser en algunos casos el principal motor para el cambio.

El uso de técnicas provenientes del enfoque cognitivo-conductual, en especial, la programación de actividades gratificantes de forma paulatina (21), pueden ser especialmente útiles durante las primeras etapas y en los casos más graves.

Conclusión

La presencia de depresión y de riesgo de suicidio es algo a tener siempre presente a la hora de evaluar

e intervenir con pacientes que sufren esquizofrenia (22,23). La ayuda terapéutica adecuada puede ser de enorme utilidad, no solo para impedir o tratar cuadros depresivos de distinta intensidad, sino mejorar a la larga la adaptación del paciente y su pronóstico al potenciar la capacidad del afectado para aceptar los cambios sufridos, reducir la conflictividad con sus allegados, mejorar sus habilidades sociales, aumentando la probabilidad de incrementar su red social y las habilidades para la búsqueda de empleo y poder recuperar proyectos vitales abandonados, a pesar de sufrir ciertas limitaciones impuestas por la enfermedad, y en muchos casos impuestas por el estigma social y personal ante la enfermedad. En conclusión, el posible uso de terapias como la psicoterapia interpersonal, aquí descrita, a lo largo de la enfermedad debería estar siempre disponible dentro del plan terapéutico debido a la potencial utilidad que nos puede ofrecer.

Contacto

Rafael Romero Gamero.

Hospital de Día de Salud Mental. Hospital Universitario "Virgen Macarena".

Avda. Dr. Fedriani, s/n. 41009 Sevilla.

Tel.: 955 008 069 • rrgamero@yahoo.es

Bibliografía

- (1) World Health Organization 2007. Citado 1 octubre 2007. Depression. Internet Geneva. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- (2) Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9064):1498-504.
- (3) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). 2003; 289(23):3095-105.
- (4) Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2005. p. 484-final.
- (5) Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007; 101(1-3):27-34.
- (6) Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Internet. Instituto Nacional de Estadística. 2007. Citado 1 octubre 2007; Disponible en: <http://www.ine.es>

- (7) Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(1):19-29.
- (8) Meltzer HY, Baldessarini RJ. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(9): 1122-9.
- (9) DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Toray-Masson; 1997.
- (10) CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994.
- (11) Evans JD, Bond GR, Meyer PS, Kim HW, Lysacker PH, Gibson PJ, Tunis S. Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Reseach* 2004; 70(2-3): 331-42.
- (12) Kaplan, H. Sadock, B. Sinopsis de Psiquiatría España. Editorial Médica Panamericana; 1999.
- (13) Bernard P. y Trouvé S. Semiología psiquiátrica. Barcelona, Editorial Toray-Masson; 1978.
- (14) Elkin, I.; Shea, M.T., Watkins, J.T. Imber, S.S., Sotsky,S.M., Collins, J.F., J. et al. Treatment of Depression Collaborative Reseach Program. General Effectiveness of treatments. N.I.M.H., 1989, 46, pp. 973-982.
- (15) Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, Pilkonis PA, Hurley K, et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations, *Archive of General Psychiatry*, 1997, 54, pp.1009-1015.
- (16) NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline, number 23, 2004.
- (17) Schramm, E. Psicoterapia Interpersonal. Barcelona: Masson, 1998.
- (18) Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1984
- (19) Vizcarro, C., Arévalo Ferrera, J. Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de psicología*. 1987. Nº 27-28, 89-109.
- (20) Lacaz, F.S.; Bressan, R.A. y Mello, M.F. A psicoterapia interpeessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos. *Revista do Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]*. 2005, vol.27, n.3, 252-261.
- (21) Lewinsohn, P.M., Sullivan, J.M., y Grosscup, S.J. Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory*, 1980, 47, pp.322-334.
- (22) Becker RE, Singh MM, Meisler N: Clinical significance, evaluation, and management of secondary depression in schizophrenia. *J Clinical Psychiatry*, 1985, 46(11 Pt 2):26-32.
- (23). Hirsch SR: The causality of depression in schizophrenia. *British J Psychiatry*, 1983, 142:624-5.

• Recibido: 24-6-2012.

• Aceptado: 24-9-2012.