



MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS PARA LA DEPRESIÓN: HACIA UN ENFOQUE INTEGRADO

Alvaro E. Carrasco¹

Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, Chile

RESUMÉN

Se presentan elementos teóricos y psicoterapéuticos de los modelos cognitivo-conductual, interpersonal y psicoanalítico para el tratamiento de la depresión. Aunque hay diferencias en las acciones y énfasis entre los distintos modelos psicoterapéuticos, se encuentran también comprensiones e intervenciones comunes. Se esboza un modelo psicológico integrativo para comprender la depresión y se propone un enfoque clínico que reconozca síntomas y factores etiológicos para seleccionar intervenciones psicoterapéuticas disponibles desde las distintas escuelas psicológicas.

Palabras claves:

depresión, psicoterapia, integración, modelos

ABSTRACT

Theoretical and psychotherapeutic elements of cognitive-behavioral, interpersonal and psychoanalytic models for depression are presented. Although there are differences in the actions and emphasis between different psychotherapeutic models, there are also common understandings and interventions. An integrative psychological model for understanding depression is outlined and a clinical approach, which recognizes symptoms and etiological factors for selecting psychotherapeutic interventions available from different psychological schools, is proposed.

Keywords:

depression, psychotherapy, integration, models

¹ Corresponding author for this article is Alvaro E. Carrasco. His email is athos@med.uchile.cl.

PSYCHOTHERAPEUTIC MODELS FOR DEPRESSION: TOWARDS AN INTEGRATED APPROACH

Por depresión se entiende un trastorno caracterizado por un bajo estado de ánimo y de energía, una autoestima negativa y poco interés en actividades que usualmente serían consideradas placenteras (American Psychiatric Association, 2013). Este trastorno es uno de los principales problemas de salud mental a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2002). Se sabe también que manifestaciones sub-clínicas de la depresión predicen problemas psicológicos futuros (Luyten, Blatt, Van Houdenhove, & Corveleyn, 2006).

Hay abundante evidencia de que la psicoterapia y la farmacoterapia, sobre todo cuando se usan de forma conjunta, son eficaces en el alivio temporal de la depresión (Moras, 2006). Hay evidencia de que este trastorno es recurrente; un único episodio depresivo en la vida es la excepción y cada episodio incrementa el riesgo de un siguiente episodio (Moras, 2006; Bockting et al., 2005; Jarret et al., 2001). La probabilidad de recaída es mayor si durante el tratamiento no ha habido una remisión total de los síntomas, lo cual es frecuente (Jarret et al., 2001; Judd et al., 2000).

En relación a la eficacia de distintas modalidades psicoterapéuticas, se han hecho estudios comparativos entre psicoterapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y psicoanalítica (Shedler, 2010; Taylor, 2008), no habiéndose encontrado diferencias (Moras, 2006; Roth & Fonagy, 2005). Existe poca evidencia respecto a qué fundamentos teóricos o técnicas específicas dan cuenta de los cambios positivos derivados de las psicoterapias (Luyten et al., 2006); más bien se ha encontrado que el cambio se relaciona con factores comunes a las distintas modalidades psicoterapéuticas.

Por otra parte, hay evidencia de que pacientes con un mismo diagnóstico etiológico de depresión no reaccionan igualmente a un mismo tipo homogéneo de tratamiento y que dicha respuesta está relacionada más bien con factores etiológicos (Luyten et al., 2006). Además, existen cuestionamientos a la definición categorial de depresión y se plantea la necesidad de entender la depresividad en un continuo. También se ha destacado que es necesario conocer más acerca de los tratamientos indicados para distintas manifestaciones depresivas, identificando combinaciones terapéuticas efectivas (Karasu, 1990; Luyten et al., 2006).

A partir de la revisión comparativa de tres modalidades de tratamiento, el objetivo de este artículo es identificar aspectos comunes y elementos particulares de intervención para una propuesta clínica integrativa, flexible y personalizada para pacientes con depresión.

Un modelo integral de la depresión incluye múltiples factores interrelacionados, algunos de naturaleza biológica, otros culturales y otros psicológicos; estos últimos son los que se abordan en este trabajo.

Se presentan a continuación elementos teóricos y se delinean intervenciones terapéuticas característica de tres modelos de intervención para los que existe mayor evidencia de eficacia en el tratamiento de la depresión. Finalmente se cierra el trabajo con el apartado de conclusiones donde se busca integrar algunas ideas en una propuesta clínica para el tratamiento de los trastornos depresivos.

Modelos de tratamiento y prevención de la depresión.

Modelo cognitivo conductual

En este modelo, la depresión es atribuida a grupos complejos de pensamientos negativos acerca del sí mismo o el mundo externo que son activados en una variedad de situaciones. En el caso de las depresiones, se plantea que estas representaciones consisten en la suma de numerosas experiencias aversivas, producidas por computaciones inconscientes complejas diseñadas para abstraer significados comunes de experiencias repetidas (Brewin, 1996).

En la corriente cognitivo-conductual, la comprensión e interpretación de eventos, depende de nuestros esquemas, los cuales constituyen los elementos básicos de la personalidad (Alford y Beck, 1997 citado en Zvelc, 2009). Cuando se activan, las personas interpretan los eventos de acuerdo a los lentes de



estos esquemas. Sirven para seleccionar y categorizar la experiencia. Las personas se focalizan en la información que confirma un esquema y rechazan la información que lo mina. De esta forma, un esquema puede ser conservado, aun si es equivocado o disfuncional.

De acuerdo con Young (1990, citado en Brewin, 1996), el nivel más profundo de cognición involucra "esquemas tempranos maldaptativos", que son estables y duraderos. Estos son creencias incondicionales, implícitas acerca de uno mismo en relación con el ambiente. Ellos se desarrollan en la base de la interacción entre el temperamento del niño y experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y pares en los primeros años de la vida. Los esquemas tempranos maladaptativos son activados en ambientes específicos y pueden llevar a distorsiones cognitivas, reacciones emocionales intensas, y comportamiento problemático y depresión.

En este modelo psicoterapéutico parece haber acuerdo en trabajar con cogniciones disponibles en la conciencia, aun si el objetivo es hipotetizar acerca, desactivar o enmendar cogniciones subyacentes (Brewin, 1996).

El componente conductual en el modelo cognitivo-conductual de la depresión, postula que estresores vitales pueden alterar los patrones de reforzamiento conductual normales (Davidson, Rieckmann, & Lespérance, 2004).

La terapia cognitivo conductual de la depresión provee un marco general que puede incorporar diferentes estrategias de tratamiento (Overholser, 2003). Overholser (2003) propone un modelo en etapas. La primera etapa consiste en la evaluación y el involucramiento en la terapia; la segunda, incluye módulos de terapia activa; y, la tercera, prevención de recaídas. Los módulos de la segunda etapa, a ser aplicados de una forma flexible e individualizada, incluyen acciones en las siguientes áreas:

1. Actividad reducida. Muchas personas deprimidas pueden beneficiarse de estrategias simples que les ayudan a permanecer más activos durante el día. Estas estrategias de activación conductual incluyen guiar a los pacientes para que monitoreen sus actividades diarias, evaluando diferentes actividades en función de su dominio y el placer que producen, así como asignar una variedad de actividades simples para que se realicen entre las sesiones.
2. Funcionamiento social perturbado. La terapia puede ayudar a (a) incrementar la frecuencia de actividades sociales placenteras, (b) mejorar destrezas sociales básicas o la asertividad, (c) reducir tendencias para el retraimiento social y (d) aumentar la cantidad de apoyo social. También las intervenciones pueden focalizarse en conflictos de pareja que se relacionen con la sintomatología depresiva. Aún más, la mayoría de las actividades sociales pueden provocar reacciones emotivas y cognitivas que resulten relevantes para la terapia. Los pacientes pueden comenzar a identificar y confrontar cogniciones negativas que afectan el funcionamiento social.
3. Manejo inefectivo de estresores recientes. El terapeuta puede ayudar a sus clientes a evaluar sus estrategias recientes e identificar estrategias efectivas e inefectivas para lidiar con sus problemas. Además, los clientes pueden aprender a evaluar problemas secundarios derivados del manejo inefectivo de sus dificultades. También, los clientes pueden aprender a reducir formas de evasión para lidiar con el problema (ej. abuso del alcohol o excesivo consumo de comida) que han sido usadas como intentos mal adaptativos para elevar el ánimo.
4. Habilidades de resolución de problemas deficientes. Un componente central en la terapia es ayudar a los pacientes a mejorar sus habilidades de resolución de problemas interpersonales. Algunos pacientes deben aprender a reducir su tendencia a responder impulsivamente o emocionalmente y aprender a pensar la situación para encontrar una solución razonable. El problema debería ser definido en términos de objetivos concretos que sean específicos y realistas, frecuentemente subdividiendo un problema interpersonal complejo en componentes que sean manejables. Entonces, los clientes pueden ser asistidos en generar una variedad de alternativas posibles, siendo creativos y flexibles en el proceso. Luego el terapeuta puede orientar la discusión a un proceso racional de toma de decisiones, examinando las posibles consecuencias de corto y largo plazo.
5. Sesgos cognitivos. Las emociones negativas proveen información de relevancia terapéutica en relación a las formas que los pacientes adscriben significados personales los eventos de la vida. La

terapia cognitiva puede ser usada para identificar, confrontar, desafiar y reducir las cogniciones depresivas. Los terapeutas pueden ayudar a sus clientes a aprender a identificar y monitorear su monólogo interno y a comenzar a apreciar la relación entre pensamientos, emociones y conductas. La terapia debería contribuir a que los pacientes desarrollen creencias que sean positivas y realistas.

6. Perspectiva negativa de sí mismo. La depresión se encuentra relacionada con una limitada conceptualización del sí mismo, con un énfasis en algunas áreas centrales y la minimización de otras áreas de la vida. Por lo tanto un problema en una de estas áreas puede derivar en desesperación y desesperanza. El terapeuta puede ayudar a los clientes a identificar problemas específicos que pueden ser cambiados y otros problemas cuyo afrontamiento se beneficiaría de una revisión de los objetivos y nuevos estándares de evaluación. Además, el terapeuta puede apoyar a los clientes para aumentar el uso de auto-reforzamiento de actos positivos.

Modelo interpersonal

La teoría interpersonal de la depresión está basada en ideas emanadas de la escuela de psiquiatría interpersonal, de la teoría del apego y de los roles sociales (Davidson, Rieckmann, & Lespérance, 2004). El modelo interpersonal (MIP) tiene como principio fundamental que eventos en la infancia temprana influyen en la subsecuente psicopatología. El modelo se diferencia de planteamientos psicoanalíticos clásicos que enfatizaban la primacía de las vivencias tempranas llegando a la exclusión de la historia de vida posterior. El MIP presume que la etiología de la enfermedad mental es compleja; usa la conexión entre los actuales eventos de la vida y la aparición de los síntomas depresivos como un marco que permite ayudar a los pacientes a superar su malestar. Eventos perturbadores pueden precipitar el trastorno en individuos vulnerables y, a su vez, el ánimo depresivo lleva a retraimiento social, fatiga, pobre concentración y en consecuencia a otros eventos negativos (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

Dos hallazgos importantes de la investigación emergen respecto al vínculo entre vulnerabilidad interpersonal y depresión. Primero, las familias con un miembro deprimido tienden a caracterizarse por problemas con el apego, dificultades de comunicación, cohesión, apoyo social, criticismo crónico y disciplina severa. Más aun, bajos niveles de calidez de los padres, altos niveles de hostilidad materna, y conflictos incrementales entre padres y adolescentes predicen significativamente incrementos en síntomas internalizados. Adicionalmente, el rechazo de los pares, de la familia y los profesores predicen incrementos en síntomas depresivos en niños y adolescentes. Segundo, los individuos deprimidos tienen mayores dificultades interpersonales (Garber, 2006).

La psicoterapia según el MIP se desarrolla en tres etapas sucesivas. Durante las primeras sesiones, el terapeuta revisa cuidadosamente la historia que vincula los síntomas depresivos del paciente a su situación interpersonal en una formulación que se centra en una de cuatro áreas de problemas interpersonales, todos los cuales están conectados a eventos de vida y roles sociales. Un duelo complicado resulta de la pérdida o muerte de otro significativo. Las disputas de rol son luchas basadas en expectativas no recíprocas con otros significativos, tales como las dificultades implicadas en un mal matrimonio. Las transiciones de rol incluyen cualquier cambio en el estatus de vida que altera la perspectiva de la trayectoria de vida. Los déficits interpersonales se refieren a problemas que involucran la carencia de destrezas sociales; problemas en esta área incluyen dificultades para iniciar y sostener relaciones, lo que deriva en aislamiento social. Aunque algunos pacientes tienen múltiples problemas interpersonales, el objetivo de la fase inicial es aislar uno o dos problemas para focalizar el tratamiento (Hollon et al., 2002).

Durante la etapa intermedia, el terapeuta promueve estrategias específicas para el área de problema interpersonal identificada. Para el duelo complicado, el terapeuta facilita la catarsis y ayuda al paciente a encontrar nuevas actividades y relaciones para compensar la pérdida. Para una disputa de rol, el terapeuta ayuda al paciente a explorar la naturaleza de la relación y la disputa relevante, si se ha llegado a un *impasse*, y qué opciones están disponibles para resolverla. Para una transición de rol, el terapeuta ayuda al paciente a aprender a manejar el cambio lamentando la pérdida del rol antiguo, reconociendo aspectos positivos y negativos del nuevo rol y a obtener dominio sobre el nuevo rol. Para los déficits interpersonales, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar nuevas relaciones y destrezas interpersonales (Hollon et al., 2002).



La etapa final del MIP apoya la renovada independencia del paciente y competencia mediante el reconocimiento y consolidación de los logros terapéuticos. El terapeuta estabiliza la auto-estima del paciente al subrayar que el episodio depresivo ha mejorado debido a la propia acción del paciente al cambiar su situación de vida. Ya que la depresión puede recurrir, el terapeuta también ayuda al paciente a anticipar situaciones interpersonales que afectan negativamente su ánimo, así como formas de responder ante los síntomas depresivos que puedan surgir en el futuro (Hollon et al., 2002).

En términos general, se puede entender que la psicoterapia basada en el MIP es ecléctica. El MIP aborda los problemas interpersonales de una forma familiar a los terapeutas de pareja. El MIP tiene aspectos en común con terapias psicodinámicas aunque también se diferencia en el foco en la situación actual y en los objetivos respecto a cambios de vida reales y no a una simple auto-comprensión, tampoco se interpretan los sueños ni la relación transferencial. El MIP comparte con la terapia cognitivo conductual un formato de tiempo limitado, el foco en el “aquí y ahora” y técnicas como el juegos de roles. Sin embargo, es considerablemente menos estructurada, no se asignan tareas y enfatiza las respuestas afectivas a los problemas interpersonales en lugar de los pensamientos y conductas (Hollon et al, 2002).

Modelo de orientación psicoanalítica

Freud planteó que la depresión es una reacción a una pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto (Freud, 1917). Desde esta fórmula inicial, el psicoanálisis ha propuesto hipótesis en las que experiencias traumáticas del infante, de carencias tempranas e interferencias en la relación de apego pueden constituirse en un factor asociado con ciertos tipos de depresión. Las experiencias adversas generan déficits psíquicos que predisponen negativamente a las personas para enfrentar una nueva situación de pérdida o estrés (Fonagy, 1999).

Se han diseñado distintas intervenciones partiendo de supuestos psicoanalíticos. En este artículo presentamos una de las más recientes formulaciones, la Terapia Dinámica interpersonal (TDI), la cual ha sido desarrollada en Inglaterra a partir del “Marco de Competencias psicoanalíticas/dinámicas” (Lemma, Roth & Pilling, 2008). Estos desarrollos recientes surgen de la sistematización de las intervenciones psicoanalíticas/dinámicas que han mostrado mayor evidencia empírica de eficacia en ensayos clínicos

LA TDI formula los síntomas de depresión como respuestas a dificultades interpersonales, amenazas percibidas a vínculos (pérdida/separación) y por lo tanto como amenazas para el sí mismo (self).

Conceptualmente la TDI se sustenta en ideas provenientes de la teoría del apego, la teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis interpersonal de Sullivan. Desde este marco las premisas principales son (Lemma, Target, & Fonagy, 2010):

1. Los orígenes y naturaleza social de la subjetividad individual.
2. La importancia de los vínculos como los bloques de construcción de la mente, y como el contexto para desarrollar capacidades cognitivas cruciales. Fallas en la comprensión propia y de los otros están relacionadas con patrones de interacción que evolucionan a partir de experiencias infantiles.
3. El impacto de las representaciones internalizadas e inconscientes de ‘uno mismo’ y de los ‘otros’ en el funcionamiento interpersonal actual.
4. La importancia de la capacidad de mentalizar la experiencia sin la cual hay una reducción de la capacidad para resolver dificultades interpersonales.

Un rasgo distintivo de la TDI es que explora los patrones interpersonales problemáticos focalizándose en los estados mentales del paciente (creencias, sentimientos, deseos y pensamientos). El propósito es proveer al paciente una experiencia de estar con otra persona que está interesada en pensar con el paciente acerca de lo que le molesta, para así estimular la propia capacidad del paciente para reflexionar sobre su experiencia (Lemma et al., 2010).

La TDI tiene dos propósitos: 1) ayudar al paciente a entender la conexión entre sus síntomas y lo que ocurre en sus relaciones, mediante la identificación de un patrón inconsciente de relacionamiento que se convierte en el foco de la terapia; 2) estimular la capacidad del paciente para reflexionar sobre sus propios estados mentales, con el fin de mejorar su habilidad para manejar sus dificultades interpersonales presentes (Lemma et al., 2010).

A modo general se proponen cinco pasos estratégicos en el curso de una relación terapéutica breve:

1. Identificar un problema de apego con un foco emocional específico que el paciente siente que lo hace sentir deprimido.
2. Trabajar con el paciente colaborativamente para crear una creciente imagen mentalizada de las problemáticas interpersonales.
3. Estimular al paciente a explorar la posibilidad de modalidades alternativas de sentir y pensar, usando la relación transferencial para traer al frente los modos característicos de relacionamiento del paciente.
4. Asegurarse que se reflexiona sobre el proceso psicoterapéutico mismo.
5. Al final del tratamiento, se presenta al cliente un resumen escrito de la visión de la persona construida conjuntamente, así como del área conflicto inconsciente, para que la tenga presente y así intentar reducir el riesgo de una recaída.

En la TDI el terapeuta interviene para generar, clarificar y elaborar información interpersonal relevante. La terapia busca ayudar al paciente en la comprensión de qué pasa, en su mente, cuando las cosas van mal en sus relaciones, incluyendo cómo el patrón interpersonal y afectivo de interés aparece en la relación terapéutica. Para esto la TDI recurre a técnicas de apoyo (por ejemplo: escucha empática y reflexiva) y expresivas (por ejemplo: confrontación e interpretación), así como también pueden incluirse de forma juiciosa técnicas directivas que apoyen el cambio en un marco de tiempo breve (Lemma et al., 2010).

Conclusiones

Aunque hay diferencias en las acciones y énfasis entre los distintos modelos psicoterapéuticos presentados en este artículo, hay también comprensiones e intervenciones comunes.

En la revisión de las tres perspectivas de comprensión de la depresión aparecen explicaciones causales que en opinión del autor de este trabajo pueden ser parte de un modelo integrado. Los tres modelos reconocen factores causales distantes al momento de la aparición de los síntomas de los síntomas depresivos. Se asume la memoria (implícita y explícita) del organismo y la influencia crítica de eventos de la infancia temprana, de las recurrencias en las interrelaciones y de las prácticas de crianza en el desarrollo de facultades psicológicas y de esquemas relaciones (Zvelc, 2009). Vale la pena agregar aquí que, los esquemas relacionales implican patrones complejos de emoción, de reacción fisiológica, pensamiento y comportamiento (Berne 1972, citado en Zvelc, 2009). Deficiencias en el desarrollo de facultades como la mentalización y/o la configuración de esquemas relacionales disfuncionales pueden vincularse con dificultades en las relaciones interpersonales, del procesamiento de información y de la experiencia, constituyéndose en factores de riesgo en los trastornos depresivos.

La presencia de estrés en sujetos vulnerables aumenta significativamente las probabilidades de que aparezcan síntomas depresivos. Las pérdidas de personas u objetos significativos para los sujetos son fuentes comunes e importantes de estrés. Relacionado con lo antes mencionado, modos disfuncionales de relacionarse y déficits en ciertas capacidades psíquicas pueden estar a la base de respuestas inadecuadas frente a situaciones de estrés, promoviendo conductas evitativas, no resolutivas y que en ciertos casos pueden generar más estrés, dando así origen a un círculo vicioso.

Un entendimiento particular es el de la psicoterapia cognitivo conductual que encuentra en la alteración de los patrones de reforzamiento conductual un factor relacionado con la depresión.



Los modelos dividen la intervención en tres etapas. En la primera etapa se busca establecer el involucramiento del paciente en la terapia, promoviendo la alianza terapéutica, a la vez que se hace una evaluación de la condición y de las dificultades que experimenta el paciente. Tanto en la terapia interpersonal como en la psicoanalítica se enfatiza la exploración de dificultades en las relaciones interpersonales actuales a fin de establecer el foco de trabajo terapéutico. Adicionalmente, en la terapia interpersonal se exploran las posibles transiciones de rol que puedan estar vinculadas al estado depresivo. La segunda etapa incluye las intervenciones que se espera promuevan el cambio necesario para superar las dificultades que generan el malestar. En la terapia cognitivo conductual y en la interpersonal, la elección de las intervenciones se realiza a partir de un arsenal terapéutico disponible para cada modelo, de una forma flexible e individualizada en función del diagnóstico inicial. En esta segunda, la terapia psicoanalítica etapa se centra más bien en promover facultades o disposiciones más básicas y generales (mentalización) a partir del análisis de alguna situación particular. A partir del reconocimiento de que la depresión suele recurrir, los tres modelos incluyen una tercera etapa que incluye acciones orientadas a preparar al paciente para dificultades futuras, intentando reducir el riesgo de recaídas. Dentro de esta última etapa se pueden incluir orientaciones para el reconocimiento de las vulnerabilidades y fortalezas de la persona; estrategias de autocuidado y para anticipar posibles promotores del ánimo depresivo; finalmente, se estimula una disposición para detectar tempranamente síntomas depresivos, así como formas de responder saludablemente y de buscar ayuda.

Durante la segunda etapa existen distintas intervenciones, algunas específicas y otras comunes entre los modelos. Todos los modelos exploran dificultades en las relaciones interpersonales, promueven disposiciones o estrategias de resolución de problemas interpersonales y con excepción del modelo psicoanalítico, se contemplan acciones orientadas a promover destrezas sociales. Los tres modelos dirigen la atención del sujeto hacia sí mismo para que identifique patrones de interacción que pueden contribuir a las dificultades presentes. Siguiendo su tradición, el modelo psicoanalítico considera la relación transferencial como una matriz para el cambio.

Aunque de alguna forma todas los modelos promueven una reestructuración cognitiva, es el modelo cognitivo conductual donde hay un énfasis particular en este ámbito. Desde esta perspectiva se proponen estrategias específicas orientadas a reconocer, desafiar y corregir sesgos cognitivos negativos en relación a los significados que el paciente da a eventos que ocurren en su vida, a sus interacciones sociales y respecto a sí mismo. Este último aspecto, se puede entender como un intento para tratar de fortalecer la autoestima del paciente, un objetivo que también es parte del modelo interpersonal.

El modelo cognitivo conductual también incluye actividades psico-educativas orientadas a ilustrar la interacción de ámbitos de la experiencia, en el sentido de que pensamientos negativos influyen en las emociones y las conductas. Desde el reconocimiento de este entramado de la experiencia, este enfoque enfatiza los intentos por alterar el retraimiento pasivo, promoviendo una activación conductual que restituya los circuitos de reforzamiento conductual o de gratificación.

Finalmente, una propuesta explícita en el modelo cognitivo conductual ayuda a los pacientes a reconocer intentos maladaptativos para lidiar con estresores relacionados con la depresión y a aprender formas más efectivas y saludables para enfrentar el estrés.

El estudio presentado hasta aquí muestra características comunes entre los modelos de intervención, otras características son distintas pero, en general, más bien complementarias. A partir de estos hallazgos y siguiendo a Karasu (1990), se propone una aproximación clínica que sea a la vez integrativa y selectiva. El aspecto integrativo refiere a los rasgos compartidos en pacientes depresivos y a los aspectos comunes en las distintas aproximaciones terapéuticas; el aspecto selectivo se refiere a los rasgos particulares de los pacientes y de las terapias.

Esta propuesta considera los factores comunes a los distintos modelos (por ejemplo: relación terapéutica, empatía) propiciando las condiciones para la instalación separada o conjunta de estrategias específicas provenientes de los distintos modelos. Este planteamiento no impide que el terapeuta adopte una perspectiva inicial desde una escuela psicológica en particular, pero sí requiere adoptar una aproximación individualizada frente a cada paciente, tener una disposición flexible para atender a sus

necesidades particulares, así como apreciación y nociones de lo que las otras escuela tienen para ofrecer (Karasu, 1990).

La propuesta de una aproximación clínica integrativa y selectiva requiere una comprensión de la depresividad en un continuo, relevando en el diagnóstico distintos factores biopsicosociales que predisponen a los pacientes a una particular experiencia depresiva y a formas distintas de reaccionar a los tratamientos (Karasu, 1990; Luyten et al., 2006; Castonguay et al., 1999).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bockting, C., Schene, A., Spinhoven, P., Koeter, M., Wouters, L., Huyser, J. & Kamphuis, J. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(4), 647-57. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.647
- Brewin, Chris R. (1996). Theoretical Foundations of Cognitive-Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 33-57. doi: 10.1146/annurev.psych.47.1.33
- Castonguay L.G., Arnow B.A., Blatt S.J., Jones E.E., Pilkonis P.A., Segal Z.V.. (1999). Psychotherapy for depression: current and future directions in research, theory, practice and public policy. *Journal of Clinical Psychology*, 55(11), 1347-70. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199911)55:11<1347::AID-JCLP3>3.0.CO;2-L
- Davidson, K., Rieckmann, N., & Lespérance, F. (2004). Psychological Theories of Depression: Potential Application for the Prevention of Acute Coronary Syndrome Recurrence. *Psychosomatic Medicine* (66)2, 165-173. doi: 10.1097/01.psy.0000116716.19848.65
- Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Obtenido el 15 de Agosto del 2017 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Freud, S. (1917) Duelo y melancolía. En *Obras Completas*, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 104-116. doi: 10.1016/j.amepre.2006.07.007
- Hollon, S., Thase, M., & Markowitz, J. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39-77. doi: 10.1111/1529-1006.00008
- Jarrett, R., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B., Eaves, G. & Silver, P. (2001). Preventing Recurrent Depression Using Cognitive Therapy With and Without a Continuation Phase: A Randomized Clinical Trial. *Archives of General Psychiatry*. 58(4):381-388. doi: 10.1001/archpsyc.58.4.381
- Judd L., Akiskal H., Zeller P., Paulus M., Leon A., Maser J., Endicott J., Coryell W., Kunovac J., Mueller T., Rice J., Keller M. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*; 57(4): 375-80. doi: 10.1001/archpsyc.57.4.375
- Karasu, T Byram. (1990). Toward a clinical model of psychotherapy for depression, II: An integrative and selective treatment approach. *The American Journal of Psychiatry*; 147(3), 269-78. doi: 10.1176/ajp.147.3.269
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 329-346. doi: 10.1521/psyc.2011.74.1.41
- Lemma, A., Roth, A., & Pilling, S. (2008). The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy. Obtenido en Agosto del 2017 en: http://www.ucl.ac.uk/pals/research/cehp/research-groups/core/pdfs/Psychoanalytic-Psychodynamic-Therapy/PPC_Clinicians_Background_Paper.pdf



- Luyten, P., Blatt, S., Van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26(8), 985-999. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.003
- Moras, K. (2006). Twenty-five years of psychological treatment research on unipolar depression in adult outpatients: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(5), 519-525. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600919398>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2002). *The World Health Report, 2002*. Switzerland, World Health Organization. Obtenido el 6 de febrero del 2015 en: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- Overholser, J. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment of Depression: A Three-Stage Model to Guide Treatment Planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 231-239. doi: 10.1016/S1077-7229(03)80035-4
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). Depression. En A. Roth, & P. Fonagy (Eds), *What works for whom?* (pp. 66-149). New York: The Guilford Press.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. doi: 10.1037/a0018378
- Taylor, D. (2008). Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: the evidence base. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(6), 401-413. doi: 10.1192/apt.bp.107.004382
- Zvelc, G. (2009). Between Self and Others: Relational Schemas as an Integrating Construct in Psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*; 39(1); 22-38. doi: 10.1177/036215370903900104

Received: 06/28/2016
Accepted: 11/06/2017