Terapia cognitivo conductual y medicina de familia en el tratamiento integral de la depresión. Aproximación práctica

R. Manzanera-Escarti[a], C. Ibáñez-Tarín[b], S. Scoufalos[c] y J. Arbesú-Prieto[d]

[a]Family Doctor. MSs (Mental Health). Kensington and Chelsea PCT. N.H.S. Londres. Reino Unido. Grupo de Salud Mental SEMERGEN.
[b]Psicólogo clínico. Centro de Salud Mental de Catarroja. Valencia. España.
[c]Clinical Audit. Royal Brompton Hospital. N.H.S. Londres. Reino Unido.
[d]Médico de Familia. Centro de Salud de la Eria. Oviedo. España. Coordinador del grupo de Salud Mental SEMERGEN.

La terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado ser de gran valor como parte del tratamiento integral o biopsicosocial de muchos cuadros mentales, y entre ellos la enfermedad depresiva. Su fundamento es doble y ecléctico; se basa en la psicología cognitiva de Beck y en los principios del aprendizaje clásico, operante y vicario. Es una psicoterapia del consciente donde sujeto y terapeuta interaccionan activamente.

La TCC es de elección en el tratamiento de los cuadros depresivos considerados menores, y junto a los fármacos antidepresivos se ha demostrado eficaz en el tratamiento de los cuadros graves y en la prevención de recurrencias de la enfermedad. Debe ser considerada como parte del modelo terapéutico biopsicosocial de los cuadros mentales. El médico de familia puede, conociendo técnicas sencillas, aproximarse al esquema cognitivo de sus pacientes y poder junto a ellos elaborar esquemas de modificación de pensamientos erróneos, que generan conductas depresógenas.

Palabras clave: terapia cognitiva, depresión, asistencia primaria, tratamiento.

Cognitive behavioral therapy (CBT) has been shown to have great value as part of the integral or biopsychosocial treatment of many mental pictures, among them depressive disease. This has a double and eclectic basis. It is based on Beck's cognitive psychology and on the Classical, Operant and Vicarious principles. It is a psychotherapy of the consciousness where the subject and therapist actively interact.

CBT is the choice in the treatment in minor depressive pictures and, together with antidepressants, has been shown to be effective in the treatment of serious pictures and in the prevention of disease recurrences. It should be considered as part of the biopsychosocial therapeutic model of mental pictures. The Family Doctor may approach the cognitive scheme of his/her patients through the knowledge of simple techniques and elaborate modification schemes of erroneous thoughts that generate depressogenic behaviors.

Key words: cognitive therapy, depression, primary care, treatment.

INTRODUCCIÓN

El médico de familia (MF) es clave indiscutible en el manejo de las patologías crónicas, teniendo para ello que formarse continuamente en el desarrollo de nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos en un ambiente científico en constante cambio.

La salud mental (SM) ha sido durante décadas la asignatura pendiente de muchos sistemas sanitarios. Factores como la carencia de tratamientos seguros y eficaces para el abordaje de las enfermedades mentales mas prevalentes, la dificultad nosológica, tendencias dentro de la Psiquiatría muchas veces contrapuestas, carencia de recursos asistenciales, de apoyo social, y como no, el estigma que durante tantísimo tiempo ha encuadrado al enfermo mental como loco o peligroso, han sido decisivos en la falta de desarrollo de la SM dentro de la asistencia primaria de salud (APS). Afortunadamente vivimos un cambio positivo, con una mayor implicación del MF en el manejo del enfermo mental en la comunidad; factores claves que han proporcionado este acercamiento han sido la mejoría en los tratamientos y una mayor cooperación entre niveles asistenciales.

Toda enfermedad puede ser concebida como una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan en conjunto en su origen y evolución. Esta

Correspondencia: R. Manzanera-Escarti.
St. Charles Hospital. N.H.S.
1st Floor, Exmoor St. W10 6DZ. Londres. Reino Unido.
Correo electrónico: RicardoM@doctors.net.uk

Recibido el 04-06-07; aceptado para su publicación el 04-06-07.

concepción holística de la enfermedad desarrollada por G.L. Engel[1] es de gran importancia para entenderla y para plantear los tratamientos de una manera integral, que contemple todo el conjunto bio-psico-social del individuo.

El MF constituye el pilar fundamental en el tratamiento de la patología afectiva, siendo actualmente un elemento clave en el manejo de los cuadros depresivos y los de ansiedad. Sin embargo, todavía existe una gran tendencia a utilizar solamente recursos biológicos, prácticamente farmacológicos, que aunque seguros y eficaces, no abordan completamente el espectro etiológico. Esta falta de utilización de recursos psicoterapéuticos y de integración social priva al sujeto de un abordaje más integral de su patología, y por lo tanto de no conseguir una resolución holística de la misma[2].

La falta de accesibilidad y la escasez de recursos psicoterapéuticos, la deficiencia en la formación en técnicas psicoterápicas de demostrado valor, como la terapia cognitivo conductual (TCC), la falta de consenso en la utilización de los tratamientos psicológicos, la descoordinación entre niveles asistenciales, etc., son elementos que contribuyen al precario abordaje del enfermo mental. Sin embargo, el planteamiento exclusivamente biologicista de muchos MF desempeña un papel indiscutible en la falta de un tratamiento integral. Se precisa de un cambio de mentalidad que consiga que el MF sea más receptivo y adherente a este enfoque holístico (bio-psico-social).

Pretendemos describir los fundamentos de la TCC de una manera fácil. Explicar su funcionamiento con ejemplos prácticos (enfermos del día a día en APS) y analizar la bibliografía más relevante que la sustenta como psicoterapia de elección en el manejo del enfermo depresivo. Con todo ello, mejorar su conocimiento y servir de llamada de atención para que el MF y demás profesionales sanitarios la consideren como pieza indispensable en el manejo integral de la depresión.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y DEPRESIÓN

Se basa en la psicología cognitiva de Aaron Beck y Albert Ellis, formulada en la década de los setenta del siglo pasado, y en los principios del aprendizaje de Skinner, Solomon y Lindsley (condicionamientos clásico, operante y vicario), desarrollados a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Es por ello una psicoterapia ecléctica (técnicas cognitivas y de modificación de conducta se asocian y complementan) y del "consciente", apartándose radicalmente del psicoanálisis. El sujeto desempeña un papel activo en la planificación del esquema terapéutico, en la identificación de factores cognitivos (pensamientos, creencias y autoconcepto) y de conducta (derivada o provocada por nuestros pensamientos y creencias) y en la elaboración de estrategias de cambio y modificación. Recomendamos a aquellos lectores más interesados la obra de A. Beck[3,4]. De una manera práctica, lo cognitivo-conductual postula que existe una relación clara entre los pensamientos, las emociones y la conducta, de tal forma que nuestra forma de pensar, de vernos y ver el mundo que nos rodea nos hace sentir y actuar de una u otra manera (fig. 1).

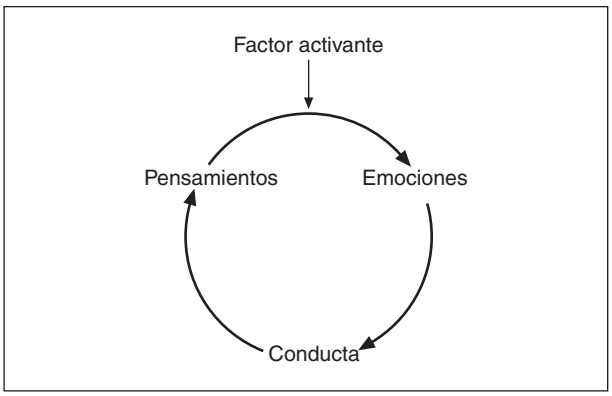

Figura 1. Modelo cognitivo conductual (MCC). Postula la existencia de una relación recíproca entre pensamientos, emociones y conducta. Este ciclo de interrelación se pone en marcha ante desencadenantes o activadores. El registro de este ciclo se conoce como modelo ABC (A): activante, (B): pensamientos automáticos, estilos de pensar, (C): consecuencias emocionales y de conducta. Fue propuesto por Albert Ellis. Es parte fundamental de la terapia cognitivo conductual.

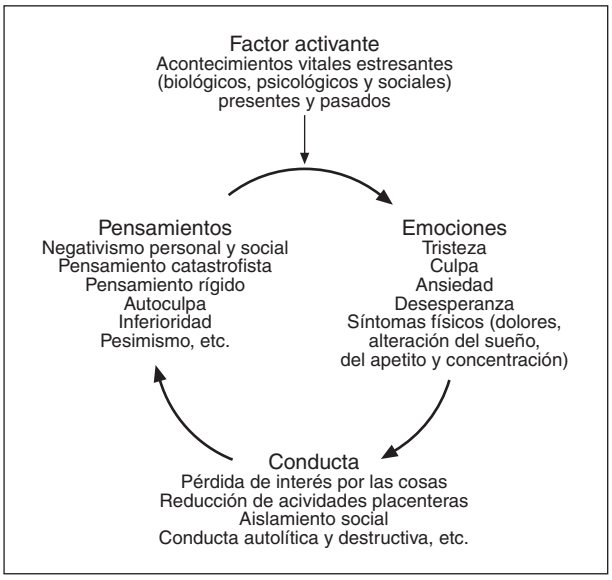

Figura 2. Modelo cognitivo conductual en depresión. La utilización del modelo ABC en el enfermo depresivo nos permite elaborar un esquema individualizado de aquellos factores desencadenantes que activan la sintomatología depresiva, así como conocer cuáles son los procesos cognitivos y conductuales que aparecen en su enfermedad.

La historia del tratamiento psicoterapéutico (TP) de la depresión es reciente. Se han desarrollado diferentes TP, de los cuales la TCC es la más sustentada experimentalmente. Gracias a este intenso escrutinio experimental la TCC es el TP de elección en la patología depresiva[5,6].

Desde el punto de vista cognitivo-conductual la depresión se entiende de manera simplificada como resultado de procesos cognitivos (estilos de pensamiento, creencias y autoconcepto) de tinte negativista o catastrofista y conductuales (falta de refuerzos positivos o placenteros) (fig. 2).

Tabla 1. El modelo ABC

Activantes (factores desencadenantes que te hacen sentir mal, pensar de esta o aquella manera...)	Pensamientos, estilos de pensar, creencias (todo lo que se te pasa por la cabeza, trata de identificar tus estilos de pensar y ver las cosas)	Consecuencias (los resultados emocionales y de conducta derivados de tu forma de pensar y ver las cosas, etc.)	Cuestiona tu forma de pensar y desarrolla alternativas (existen evidencias sobre lo que pienso o creo, qué tipo de errores de pensamiento cometo, existen formas alternativas de pensar y reflexionar, siempre reacciono o pienso de igual manera ante este tipo de situaciones, etc.)	Efectos (anota qué sientes cuando piensas alternativamente)
		Emocionales (sentimientos provocados: ansiedad, culpa, vergüenza, ira, dolor, etc.)		Emocionales (anota cómo cambian tus sentimientos)
		Conductuales (anota cómo reaccionas ante los sentimientos provocados)		Conductuales (anota cómo actúas ante el cambio de emociones)

MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN MEDICINA DE FAMILIA

No pretendemos que el MF sea psicoterapeuta especializado en TCC. Sin embargo, utilizando el modelo cognitivo-conductual (MCC) podemos desarrollar un estilo de comunicación con nuestros pacientes orientado a la identificación de procesos cognitivos y estados emocionales resultantes de éstos, que desempeñan un papel importante en el desarrollo del estado depresivo[3-5]. Veamos un ejemplo sencillo:

María, de 33 años, tiene clara sintomatología depresiva que se ha ido desarrollando en los dos últimos meses y que actualmente la ha desbordado; acude a tu consulta. Luchando contra el tiempo y la lista de pacientes que te quedan por ver, más los avisos, llegarás al diagnóstico de depresión basándote posiblemente en los síntomas guía (tristeza, falta de ilusión, pérdida de placer e interés por las cosas, ansiedad, etc.), habrás incluso explorado la ideación suicida, descartado patología orgánica y pautado un antidepresivo (AD). La habrás citado para revisión. Has explorado la parte biológica de María y a través de ésta la has diagnosticado y la has empezado a ayudar. Lo has hecho bien.

Pero en algún otro momento, quizás cuando tu paciente mejore, y aprovechando una cita de revisión, le sugieres hablar de ella misma, de su forma de pensar, de verse y ver las relaciones con los demás. Si le dices que vais a tratar de identificar factores que puedan contribuir en su enfermar, posiblemente entenderá la ayuda que le ofreces y aceptará. Con este pacto habrás reforzado la relación con tu paciente y la de ella contigo. Ciertas preguntas te pueden ayudar a explorar de una manera sencilla y directa lo cognitivo y conductual. Incluso puedes sugerirle que construya una especie de diario. Le servirá para anotar todo lo que crea que es importante o pueda estar relacionado con su enfermar, asimismo la ayudará a enfrentarse a su problemática y reflexionar sobre ella. La próxima vez podéis discutirlo juntos. Ese registro será de indudable valor para el psicólogo que la vaya a tratar. Utilizando el MCC has empezado la TCC en tu paciente. Cómo aplicar el MCC en APS siguiendo ejemplos prácticos, técnicas fáciles y consejos para elaborar un plan de aproximación a lo cognitivo-conductual se puede encontrar en la obra de Lee David[7], que aconsejamos por su pragmatismo y reflejo del día a día en APS.

El MCC permite explorar de manera fácil lo psicológico, basándose en lo "consciente", en el presente del sujeto, donde paciente-MF interactúan activamente[2-5]. El MCC es la primera aproximación a la TCC; constituye una herramienta sencilla de aplicar y de indudable valor en el abordaje de la esfera cognitiva (estilos de pensar, pensamientos automáticos, creencias y autoconceptos) y la conductual (la forma en que reaccionamos ante determinados estímulos, ya sean éstos generados por nuestra manera de pensar o externos). En la figura 2 se recogen diferentes estilos de pensar, pensamientos automáticos, creencias y conductas relacionadas con los anteriores que ejercen un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de ciertos cuadros psicopatológicos, y entre ellos la depresión. Con el MCC podemos llegar a ellos mediante un trabajo interactivo con nuestros pacientes, y con éstos empezar a esbozar el plan psicoterapéutico[8].

Como ejemplo práctico en el manejo del modelo cognitivo o modelo ABC[3,4] utilizaremos el mejor de los modelos experimentales, nosotros mismos. Basándote en tus pensamientos, imágenes, creencias y forma de reaccionar, rellena la plantilla propuesta en la tabla 1.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN

La TCC es la psicoterapia de elección en el tratamiento integral del enfermo depresivo[9], constituyendo el tratamiento de primera elección en los cuadros depresivos leves y moderados[2,9]. La administración conjunta de fármacos AD y la TCC es más eficaz que cualquiera de ellas administrada por separado[9]. Es útil en la prevención de recaídas, puesto que las habilidades aprendidas en las sesiones terapéuticas duran de por vida[5,6,8,9]. La tabla 2 recoge los objetivos de la TCC.

Tabla 2. Objetivos de la terapia cognitivo conductual

- Ser activa, estructurada, colaborativa y limitada en el tiempo
- Enseñar al paciente a reconocer e interpretar sus pensamientos y comportamientos
- Reconocer la relación que existe entre pensamientos, emociones y comportamientos
- Examinar las evidencias a favor o en contra de las creencias personales
- Sustituirlas por interpretaciones más acordes a la realidad
- Aprender a identificar creencias disfuncionales y dar alternativas de pensamiento
- Ser un proceso continuo y reflexivo que enseña al sujeto a aprender habilidades cognitivo-conductuales

Se trata de una psicoterapia corta, flexible, administrada en sesiones de duración no mayor a la hora y en número de 6 a 12, primero bisemanal y posteriormente semanalmente. En todo momento terapeuta y sujeto interaccionan, por lo tanto el sujeto desempeña un papel activo. Existen múltiples técnicas en TCC[10,11], aunque un estudio de ellas excede claramente nuestro objetivo; por ello recomendamos al lector interesado la lectura de la obra de Sevillá y Pastor sobre el tratamiento psicológico de la depresión[10].

Siguiendo a A. Beck[3,4], una sesión de terapia cognitiva básicamente se estructura como sigue:

1. Establecimiento de una agenda de trabajo pactada entre el terapeuta y el sujeto.
2. Revisión del material aportado por el sujeto (verbal, en diario).
3. Identificación de problemas.
4. Definir objetivos alcanzables.
5. Entrenar al sujeto en la utilización del modelo cognitivo o modelo ABC.
6. Discutir las expectativas del sujeto sobre la terapia.
7. Hacer un resumen de la sesión.
8. Escuchar los comentarios y sugerencias del propio sujeto.

Como ejemplo práctico retomaremos el caso de María, a la cual le diagnosticaste depresión y pautaste un AD. En la primera visita de revisión le comunicaste que la analítica practicada era normal y que su depresión no tenía causa orgánica aparente. Aprovechando la mejoría de sus síntomas le sugeriste que en la próxima visita podrías comentar ciertos aspectos de su personalidad y aspectos de relación con los demás y los problemas que le preocupen, para intentar ver de qué manera influyen en el desarrollo de su depresión. María aceptó y la invitaste a una consulta programada.

Ahora vamos a aproximarnos a lo cognitivo conductual en María (M) mediante el MCC:

"MF: Se te nota mucho mejor María. Mira, como te dije, vamos a comentar aquellos aspectos psicológicos, `de nuestra manera de ser´, que pueden haber influido en el desarrollo de tu depresión.

M: Estoy mejor, es verdad, pero sé que me volverá a pasar; recaeré como siempre... lo sé.

MF: Mujer, no seas pesimista, piensas así debido a tu depresión...

M: Bueno, yo siempre lo veo todo negro, incluso cuando estoy mejor siempre veo el lado negro de las cosas; soy pesimista, tiendo a pensar lo peor y me pongo más triste aún si cabe.

MF: Háblame de ese pesimismo...

M: Pues eso, siempre todo lo veo negro. Siempre he sido así de insegura, con miedos, dudas...

MF: Cuéntame esos miedos...

M: Normalmente pienso que voy a hacer el ridículo, que no estoy a la altura de las cosas y que la gente va a pensar de mí que no sirvo para nada... No son miedos a algo en concreto, es miedo a todo... Porque sé que no valgo nada y que no estoy a la altura de los demás... Soy un puro fracaso...

MF: Veo que tu autoestima es baja.

M: Por los suelos, ya desde chica...

MF: Hay algo que te haya molestado recientemente, me refiero a algo que creas que puede haber influido en este estado depresivo...

M: Cuando me despidieron del colegio... me dijeron que era porque se terminaba mi contrato de prueba y no tenían mas presupuesto, pero yo sé que no le caía bien a la directora…. Bueno, desde entonces, sin trabajo, sin casi hablar con nadie..., me fui viniendo abajo otra vez… El despido fue la gota que colmó el vaso...

MF: Y dime cómo sueles reaccionar tú ante estas contrariedades.

M: Como siempre, me encierro y no quiero ver a nadie. Me voy al sillón y allí me tumbo sin querer hacer nada..., y aun así estoy desecha y cuanto más estoy en el sillón más desecha... Al final es tedio, asco...

MF: ¿Bebes alcohol o tomas algo para alegrarte...? No te de vergüenza.

M: No, la verdad es que no. Sería mala hasta estando borracha, los demás se divertirían y yo lo echaría todo a perder.

MF: Si te parece terminamos hoy haciendo un resumen...

El ejemplo que hemos utilizado anteriormente ilustra cómo aplicar el MCC a nuestra consulta diaria. Contrasta tu esquema sobre María con el siguiente que nosotros hemos elaborado sobre ella utilizando el modelo ABC:

– Factor desencadenante (A): desempleo y falta de apoyos sociales.

– Pensamientos/estilo de pensar (B): pesimismo marcado, pensamiento catastrofista, visión negativa de las relaciones, fracaso, autoculpa y desesperanza.

– Sentimientos reactivos (C): tristeza, ansiedad, miedo y dudas constantes.

– Conducta (C): evitación de relaciones sociales e interpersonales, aislamiento, apatía física y cansancio extremo.

Con este esquema inicial de trabajo[12] puedes seguir utilizando técnicas sencillas expuestas por Lee David[7], o bien

referir a tu paciente, previo consentimiento, a un terapeuta cognitivo-conductual para completar un ciclo de terapia. De cualquier manera lo has hecho bien, abordaste de una manera integral a tu enfermo depresivo.

CONCLUSIONES

La utilización conjunta de recursos terapéuticos biológicos, psicológicos y sociales en el tratamiento de la patología mental en APS, o también denominado tratamiento integral, es de enorme valor para un abordaje adecuado de esta patología.

Sin embargo, aunque deseable, su implementación en APS y en asistencia especializada es escasa. La poca disponibilidad de recursos profesionales, y sobre todo la fuerte mentalidad biologicista de los MF y psiquiatras contribuyen decisivamente a esta falta de utilización de recursos psicoterapéuticos en el tratamiento de la patología mental.

El MCC constituye un método flexible de fácil aplicación para el estudio de los aspectos cognitivos y conductuales que forman parte del enfermo depresivo (o cualquier sujeto con o sin enfermedad) o contribuyen al desencadenamiento y mantenimiento de la enfermedad. Constituye un elemento de indudable valor en el desarrollo de habilidades de comunicación y como reforzador de la relación médico-paciente. El MCC es la herramienta fundamental del terapeuta cognitivo conductual, pero no es exclusiva de éste, pues como vemos puede ser utilizada en el abordaje diagnóstico del enfermo mental por parte de su MF.

La TCC ha demostrado ser de elección en la patología afectiva, erigiéndose como primera aproximación terapéutica en las formas leves y moderadas, y junto con AD en el tratamiento de las formas moderadas y graves.

Pretendemos con este trabajo haber contribuido a clarificar el término TCC, mostrándola de una manera sencilla y práctica, así como presentar el MCC como una herramienta de aproximación a nuestros pacientes que nos permite obtener una visión integral de su enfermar. Es preciso abogar por una mayor implementación de recursos psicoterapéuticos y por una mejora en la accesibilidad desde la APS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Engel GL. The need for a new medical model. Science. 1977;196:129-36.
2. Manzanera Escarti R. Tratamiento de la depresión. Abordaje global de la depresión en la Atención Primaria. Semergen. 2006;32 Supl 2:31-7.
3. Beck A, Rush A. Cognitive therapy. En: Kaplan H, Sadock B, et al, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 1849-50.
4. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.
5. Stuart J, Blecke D, Remfrow M. Cognitive therapy for depression. Am Fam Physician. 2006;73:83-6.
6. Wampol BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. Meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus other therapies for depression. J Affect Disord. 2002;68:159-65.
7. Lee D. Using CBT in general practice. The 10 minute consultation. 1st ed; Bloxham, Oxfordshire: Scion Publishing Ltd; 2006.
8. Scott J. Cognitive therapy of affective disorders: a review. J Affect Disord. 1996;37:1-11.
9. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Core guideline. 2004;23.
10. Sevillá J, Pastor C. Tratamiento psicológico de la depresión. 4ª ed. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta; 1996.
11. Kalthenthaler E, Parry G, Beverly C. Computarised cognitive behavioural therapy: A systematic review. Behav Cog Psychother. 2004;32:31-55.
12. King M, Davidson O, Taylor F, et al. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behavior therapy to treat patients with depression: randomized controlled trial. BMJ. 2002; 324:947.