



Psicoterapia dinámica, prolongada, a nivel Institucional, para trastornos depresivos de difícil solución (irreductibles)

Jorge Garibay^a

Dynamic, long-term, and institutional psychotherapy to treat persistent depressive disorders

Background: Major depression is a public health problem that threatens to become the second leading cause of disability in the world. In this study we show the results obtained once we applied a psychodynamic psychotherapeutic and long-term process in patients with major depressive disorder, attending a public health institution (PHI).

Methods: From a list of female volunteers, we randomly selected 30 patients who met the diagnostic criteria of major depression. They were divided into 5 groups, with 6 members each. Due to the high percentage of early desertions, we had to select from the very same list other 28 depressed women. In this framework there was not a full-time psychotherapist organizing and directing the psychotherapeutic process; the patients themselves were the ones who assumed such functions.

Results: From the group of 58 patients, 26 completed the program scheduled. From this subgroup, 20 were responders and the rest, the other 6, non-responders. After the end of the psychotherapeutic process, the latter kept ingesting psychotropic drugs.

Conclusions: If we correct the mistakes made in this first opportunity and we implement new strategies, the psychotherapeutic process can be transformed into a more institutional tool. Psychotherapy directed only to the cases difficult to solve is significantly effective, safe, cheap, and it may achieve a wide coverage.

Keywords

Depressive disorder
Psychodynamic psychotherapy

Palabras clave

Trastorno depresivo
Psicoterapia psicodinámica

En el ámbito de la investigación científica, hay cuatro hechos históricos ampliamente documentados que justifican la exploración de nuevos tratamientos para los casos depresivos de difícil solución (también llamados casos irreductibles):

1. En la actualidad, la depresión es un problema de salud pública.¹
2. Hay una presencia notable de esos cuadros depresivos irreductibles.
3. Persisten las lesiones atroficas del cerebro en los trastornos graves y crónicos del afecto. Hay un cúmulo de evidencias experimentales que hablan de la persistencia de la actividad apoptótica cuando no se alcanza el ideal de cero síntomas. Los datos recolectados en la literatura señalan que en un alto porcentaje de pacientes con depresión mayor se detectan síntomas residuales; por lo tanto, se infiere que el ideal de cero síntomas no se logró, incluso con esquemas farmacológicos enérgicos.
4. Existe una insatisfacción por los tratamientos aplicados en las instituciones públicas de salud (IPS) en los casos de depresión de difícil solución.

La alta incidencia y prevalencia de la depresión mayor

Regularmente, cuando en un artículo se trata de resaltar la incidencia de la depresión, se cita el dato de la presencia de 350 millones de personas deprimidas en el mundo, cifra calculada por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la misma fuente, sopesan los especialistas que dentro de cuatro años la depresión mayor será la segunda causa de incapacidad. La otra cifra por destacar es la proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dicha institución calcula una prevalencia anual para la depresión de un millón de nuevos casos.² ¿Cuántas de estas pacientes, al paso del tiempo, se van a volver casos recurrentes, crónicos, comórbidos, etcétera; en una palabra, casos irreductibles? (Y decimos “estas pacientes” dado que en la reunión convocada por la ONU en Pekín en 2004 se acordó que cincuenta más uno da género a un grupo. En todos los grupos había más mujeres, y generalmente en los módulos de salud mental —MSM— son más las psicólogas que los psicólogos.)

^aServicio de Psiquiatría, Hospital General de Zona 27, Instituto Mexicano de Seguro Social, Ciudad de México, México

Comunicación con: Jorge Garibay
Correo electrónico: jorgegaribaysolis@gmail.com

Introducción: la depresión mayor es un problema de salud pública que amenaza con convertirse en la segunda causa de incapacidad en el mundo. En este estudio se buscó presentar los resultados obtenidos al aplicar un procedimiento psicoterapéutico psicodinámico y prolongado en pacientes con trastorno depresivo mayor, atendidas en una institución pública de salud (IPS).

Métodos: de una lista de candidatas voluntarias, en forma aleatoria se seleccionaron 30 pacientes con depresión mayor. Fueron distribuidas en cinco grupos (seis por grupo). Debido al alto porcentaje de deserciones tempranas, de la misma lista se tuvieron que incluir en los cinco grupos otras 28 deprimidas. En este encuadre no hubo un psicoterapeuta fijo que dirigiera

el procedimiento psicoterapéutico; fueron las propias pacientes quienes asumieron tales funciones.

Resultados: del grupo de 58 pacientes, completaron el ciclo programado 26. De este subgrupo, 20 fueron respondientes y las otras 6 no respondientes. Después de terminado el proceso, estas continuaron ingiriendo psicofármacos.

Conclusiones: si se corrigen los errores de esta primera exploración y se implementan nuevas estrategias, el procedimiento psicoterapéutico puede transformarse en una herramienta más institucional. La psicoterapia dirigida exclusivamente a los casos irreductibles tiene una eficacia significativa, además de que es segura, barata y puede alcanzar una amplia cobertura.

Resumen

Presencia persistente de rasgos que caracterizan cuadros depresivos irreductibles

En forma provisional utilicemos el término *irreductible* para asignar una entidad diagnóstica-pronóstica de la depresión que no viene consignada ni en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su cuarta versión (DSM-IV) (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) ni en la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima versión (CIE-10).

En los últimos 20 años, los estudiosos de la depresión han detectado siete condiciones o rasgos que predicen la severidad de la depresión. El interés por describir con datos duros tal situación es porque está relacionada directamente con la necesidad de recurrir a tratamientos fuera de lo común para buscar su solución.

1. Severidad del primer episodio: este rasgo se describe, en detalle, en las dos taxonomías empleadas en el mundo acerca de los trastornos psiquiátricos. En el CIE-10, la taxonomía reglamentaria en las instituciones públicas de salud de México, se puntualiza en la clave F32.2, y en el DSM-IV,³ con la clave F 33.2.
2. Resistencia: el paciente deprimido no responde satisfactoriamente al empleo de un antidepresivo. La persistencia de tal condición condujo a Yoshimura *et al.* a considerar un hábito común el agregar, en la primera consulta, un tranquilizante diazepamico, para solucionar el insomnio o los síntomas de ansiedad subyacentes en los pacientes depresivos.⁴
3. Recurrencia: lo notable de este rasgo es su prevalencia. En las guías de tratamiento de la depresión se señala. Después del primer episodio hay un 50 % de probabilidades de que el paciente recaiga en un corto plazo de tiempo. Después del segundo episodio la prevalencia se eleva al 75 % y alcanza el 90 % de los casos después del tercer episodio.⁵

4. Cronicidad: todos los autores están de acuerdo en señalar que los dos años posteriores al inicio del primer episodio depresivo son el límite temporal para empezar a considerar un caso como crónico. Tamayo *et al.* aclaran que para considerar este rasgo no es necesario que el paciente reciba algún tipo de tratamiento durante los dos años anteriores.⁶
5. Comorbilidad: también en este aspecto todos los autores están de acuerdo en considerar la comorbilidad como un mal predictor pronóstico. La comorbilidad puede ocurrir cuando se sumen a la sintomatología depresiva otras entidades psiquiátricas o médicas. Los estudios sobre todo resaltan la presencia de la sintomatología ansiosa para establecer un mal pronóstico.⁷
6. Presencia de síntomas residuales: en la última década, la persistencia de los síntomas residuales ha adquirido gran importancia entre los clínicos. Sin importar que sean ligeros o moderados, de todos modos deben interpretarse como signos de la permanente actividad de las lesiones atópicas cerebrales. El estudio realizado por la investigadora en neurofisiología Jennifer Phillips *et al.* en la Universidad de Ottawa, Canadá (2012), concluye, después de explorar el cerebro de pacientes deprimidos con síntomas residuales discretos, que es mucho más importante lograr la remisión clínica completa, que la ingesta *per se* de los psicofármacos, a dosis adecuadas y por el tiempo estipulado.⁸ La trascendencia de la presencia de los síntomas residuales ha provocado, según Mark Zimmerman *et al.*, un nuevo paradigma en el tratamiento de la depresión. Ahora el ideal es alcanzar la completa mejoría clínica y lograr el objetivo de cero síntomas.⁹ Esta meta es muy difícil de alcanzar, en muchos casos, aun con tratamientos enérgicos farmacológicos o con procedimientos psicoterapéuticos breves.
7. Refractoriedad: sin poder contar con cifras precisas, se tiene la impresión de que a muchos pacien-

tes deprimidos, recurrentes, crónicos, comórbidos, etcétera, se les mantiene más o menos estables con base en la ingesta prolongada de psicofármacos. Años y años ingiriendo antidepresivos y tranquilizantes todos los días, esto sin importar que falte en algunos casos la ingesta de antipsicóticos (atípicos), o los moduladores del afecto.

Tradicionalmente se han venido empleando los conceptos de resistencia y refractariedad como sinónimos.¹⁰ Para no incorporar otra palabra más en la taxonomía, proponemos utilizar uno de esos dos términos para describir otra limitación de los fármacos, pero en una situación completamente diferente a la descrita por la resistencia. Lo descrito en el primer párrafo de este inciso nada tiene que ver con la resistencia inicial a la ingesta de un antidepresivo. La toma permanente de los psicofármacos debida a la amenaza del regreso casi inmediato de los síntomas es otra cosa. Por lo tanto, merece otro concepto que la describa.

Además, se infiere que si es imposible suspender los fármacos, es porque continúan activas las lesiones atroficas del cerebro.

Lesiones atroficas del cerebro en los trastornos del afecto

Precisamente, la persistencia de las alteraciones apoptóticas de la corteza prefrontal y del hipocampo, regiones del cerebro sumamente importantes para el

bienestar de una persona, son el tercer hecho histórico justificatorio de la exploración de un nuevo procedimiento psicoterapéutico.

A partir del último cuarto del siglo pasado, se ha documentado ampliamente la presencia de alteraciones morfoneurológicas en los trastornos afectivos (depresión/ansiedad).^{11,12,13} Lo alarmante de este hallazgo es el peligro de que se vuelvan permanentes, ya que son capaces de desencadenar una demencia irreversible.¹⁴ Tales lesiones son de esperarse, puesto que las células frontales son las más sensibles y delicadas ante cualquier agresión al cerebro.

Insatisfacción por los tratamientos empleados en instituciones públicas de salud

Todo lo anterior ha generado un ambiente de inquietante insatisfacción entre los estudiosos de la depresión.¹⁵ Para varios autores, es esa insatisfacción lo que ha desencadenado la frenética carrera por lograr mejores estrategias de tratamiento para este trastorno del afecto.^{16,17} En este convulso ambiente, se inserta la justificación de la presente exploración psicoterapéutica.

Métodos

Se conformó una lista de candidatas voluntarias con las pacientes que reunían los requisitos de depresión mayor y recidivante. El trastorno del afecto se codificó con la clave F33.2 del DSM-IV y su equivalente en el CIE-10

Cuadro I Número de pacientes que desertaron y fueron incorporadas en los cinco grupos

Grupos	Iniciaron el ciclo	Iniciaron y desertaron antes del primer año	Incorporadas al grupo antes del primer año	De las pacientes incorporadas desertaron	Total de participantes durante todo el proceso	Terminaron el ciclo
A-1	6	4	3	1	9	4
A-2	6	4	8	5	14	5
A-3	6	2	4	2	10	6
A-4	6	1	4	3	10	6
A-5	6	2	9	8	15	5
Totales	30	13	28	19	58	26
Porcentaje	100	43	100	68	100	45

Cuadro II Datos sociodemográficos de los participantes

Grupos	Edad media	Sexo		Escolaridad					Ocupación			
		M	H	Analfa-betas	Primaria	Secundaria	Prepara-toria	Licencia-tura	Hogar	Obreras	Emplea-das	Profesionis-tas
A-1	41.7	8	1	1	4	3	0	1	4	2	2	1
A-2	42.0	11	3	0	7	4	1	2	10	1	3	0
A-3	50.5	8	2	0	4	5	0	1	6	1	2	1
A-4	43.8	8	2	0	5	4	0	1	6	1	3	0
A-5	47.8	12	3	1	8	3	1	2	9	4	1	1
Total	45.1	47	11	2	28	19	2	7	35	9	11	3

M = mujeres; H = hombres

con la clave F32.2. Las pacientes fueron canalizadas al Módulo de Salud Mental del Hospital General de Zona No. 27, por parte de las unidades de medicina familiar No. 2, 3, 11 y 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la Ciudad de México. Todas fueron candidatas para ser incorporadas al programa de Grupos Autogestivos con Soporte Analítico (GASA).

Después de que firmaron la carta informativa y de compromiso, se seleccionaron 30 pacientes de manera aleatoria y se distribuyeron y formaron muestras por cuotas, en cinco grupos psicoterapéuticos, con seis integrantes cada uno de ellos. Las pacientes no seleccionadas de la lista de candidatas pasaron a formar el grupo control. Debido a las tempranas deserciones registradas en todos los grupos y a fin de mantener seis integrantes en cada uno de ellos, se reincorporaron 28 nuevas pacientes durante el primer año del proceso. Después de esa fecha límite, las deserciones ya no fueron cubiertas.

En el cuadro I se desglosa el tráfico de las deserciones y las reincorporaciones (en el inciso sobre las limitaciones del presente estudio se comenta y analiza esta severa contingencia).

Rasgos sociodemográficos predictores de las probandas

En el cuadro II se resumen los rasgos sociodemográficos de las 58 integrantes de los grupos.

A diferencia de otras exposiciones sobre los factores de riesgo sociodemográficos presentes en los trastornos depresivos (por ejemplo, *The Predictor D*, apuntalado por *The Predictor D-Spain Study*),¹⁸ esos

factores de riesgo están ordenados jerárquicamente, por su incidencia. Así es como aparece en primer lugar el grado de severidad del primer episodio, con ideación suicida y en segundo lugar, la mala calidad de vida; le siguen el hecho de ser mujer, bajos ingresos financieros (es decir, ser pobre), estar desempleada, tener bajo nivel educativo y carecer de apoyo familiar o social. El hecho es que, como se observa en el cuadro II, todos estos rasgos están presentes y predominan en la cohorte de probandas incorporadas en los grupos psicoterapéuticos.

De las 58 participantes, 47 fueron mujeres (81.3 %) y solamente participaron 11 hombres (18.7 %). Su nivel económico fue predominantemente de gente pobre, con un marcado porcentaje (60.34 %) de mujeres cuya única ocupación era el cuidado del hogar. Esto significa que no recibían un sueldo, contra solamente tres que laboraban en su profesión (5.17 %). De igual forma su nivel académico fue notablemente bajo, con un alto predominio de las que solamente cursaron la primaria: 28 participantes (48.27 %), contra siete con algún tipo de licenciatura (12.06 %).

Dos rasgos importantes no se pudieron medir con herramientas estandarizadas. La intensidad clínica de su primer episodio, y los trastornos de personalidad, clínicamente notados en algunas de ellas.

Encuadre psicoterapéutico

El proyecto psicoterapéutico fue diseñado para tener una duración de cuatro años y medio, con dos sesiones a la semana y una duración de 90 minutos, cada una de

las sesiones. Al año hubo dos periodos en los que se suspendieron las sesiones: Semana Santa (una semana) y festividades de fin de año (dos semanas). Esta calendarización arrojó un promedio de 98 sesiones por año.

Las integrantes de los grupos se sentaban en círculo y podían desplazarse libremente por la sala de sesiones. No había un orden previo para tomar la palabra, ni se fijaba el tiempo para hablar. Más bien, el tiempo se le daba libremente a las pacientes para que pusieran en acto su conflicto en el espacio sesional. El discurso debía ser en *asociación libre*, orientado hacia el conflicto. Por lo tanto, se dio preferencia a que trabajaran los síntomas, los sueños y las fantasías, así como los recuerdos paradigmáticos (ejemplares) tanto de su lejana infancia como los del presente. Continuamente se les animaba a que expusieran con sinceridad y honestamente lo que les provocaba el discurso del otro. Los detalles del encuadre GASA se describen más adelante.

La autogestión

Aprovechando que los trastornos del afecto tienen bajo impacto atrófico sobre las células frontales en pacientes medicadas, esto les permitió conservar sus funciones intelectuales, junto con sus enormes ganas de curarse; previa capacitación, les permitió que ellas mismas orientaran la dinámica de las sesiones. La autogestión sesional se desarrolló durante todo el proceso, desde la primera sesión hasta la última. De este rasgo toma el nombre de grupos autogestivos con soporte analítico (GASA). Todas las modalidades de psicoterapia psicodinámica prolongada (PPP) encuentran su apoyo en la teoría y la práctica psicoanalítica de una forma u otra.

El régimen de autosugestión en GASA no significa que el proceso se desarrolle en condiciones de control inactivo,¹⁹ ambiente que desafortunadamente suele darse en los grupos terapéuticos institucionales, lo cual incide en que las reuniones se conviertan en tertulias con parloteos intrascendentes y divertimento de socialización, en lugar de que se ejecute un trabajo sesional formal orientado hacia la cura.

Con los GASA hay normas y reglas muy precisas, y las pacientes están advertidas de que si quebrantan las reglas básicas del programa, serán sancionadas con la suspensión de algunas reuniones y, si la falta es grave, el Consejo Técnico del programa les puede aplicar la suspensión definitiva del grupo.

Las reglas básicas del programa GASA son las siguientes:

1. Asistir puntual y continuamente a las sesiones.
2. Hablar con sinceridad y honestamente.
3. No tener ningún tipo de contacto con cualquiera de los otros integrantes del grupo, fuera del espacio físico sesional.

4. No tocar, por ningún motivo, a otra u otro integrante del grupo.
5. Mantener absoluta secrecía.

Para organizar y supervisar, sesión tras sesión, el adecuado desarrollo del programa, debe haber un pequeño grupo de profesionistas del Módulo de Salud Mental (MSM) de esa unidad, cuya función principal será vigilar que se cumplan las reglas con precisión, así como la normatividad del programa GASA. Sin esa valiosa participación, la experiencia está condenada al fracaso.

Funciones del grupo de psicoterapeutas supervisoras

El pequeño equipo de psicoterapeutas supervisoras estará conformado por dos o tres profesionistas capacitadas en técnicas psicoterapéuticas. No se descarta la posibilidad de que un solo trabajador de la salud mental se responsabilice del grupo. Esta última opción fue la que se empleó en el presente estudio, personalmente asumí todas las funciones del psicoterapeuta supervisor. Se espera que participen en tales grupos las psicólogas, los psiquiatras, o bien las enfermeras y trabajadoras sociales; estas dos últimas categorías de profesionistas debe estar entrenadas en diplomados sobre psicoterapia.

En forma resumida, se enumeran solamente las principales funciones que deben desempeñar las psicoterapeutas supervisoras: 1) logísticas, 2) clínicas, 3) legislativas, 4) docentes, 5) motivacionales y 6) de investigación.

Todas estas funciones le reclaman participar desde la formación de la lista de las candidatas idóneas, hasta el registro del último día del seguimiento. La obligación impostergable para una integrante del grupo de psicoterapeutas supervisoras es abrir y cerrar cada una de las sesiones; asimismo, debe vigilar el adecuado registro de la lista de asistencia y puntualidad. Al final de cada sesión debe pedirle a las pacientes un reporte de los hechos sobresalientes de esa sesión. Se trata de sucesos que deben ser resumidos, en forma rotatoria, por una de las pacientes integrantes del grupo; asimismo, dicho reporte debe ser complementado y aprobado por el resto de las pacientes.

Abierta la sesión, la psicoterapeuta supervisora, en turno, debe abandonar la sala de sesiones y unos cuantos minutos antes del cierre de esa reunión regresar a ella. Si por algún motivo en especial debe permanecer más tiempo en alguna sesión, su silla se colocará fuera del círculo de las pacientes y no intervendrá en la dinámica sesional.

En cuanto a los criterios de inclusión, las pacientes debían presentar los criterios clínicos de la depresión mayor, más los rasgos (diagnóstico/pronóstico) presentes de la irreductibilidad.

Cuadro III Resultados de las pacientes que terminaron el ciclo

Respondientes	No respondientes			Total
	Depresión con síntomas psicóticos	Reactivación de un quiste cerebral	Mala labor sesional	
20	2	1	3	
Total	20	6		26

También el coeficiente intelectual de las pacientes debía alcanzar el término medio o estar por arriba de él.²⁰

Fueron excluidas las pacientes que padecieron cualquier otro trastorno psiquiátrico que no fuera depresión mayor, que presentaron graves problemas en la audición o el habla, o que afrontaron condiciones que no les permitieron asegurar su presencia puntual y continua a las sesiones (por ejemplo, cambios de turno en su trabajo, salidas frecuentes y prolongadas de la ciudad, etcétera).

En cuanto a los criterios de expulsión, el Consejo Técnico del programa GASA fue el único capacitado para aplicar tal sanción. Y se les aclaró a las pacientes, en esos casos, que se les expulsaba del programa GASA, no de la IPS a la que pertenecen como derechohabientes.

Resultados

Respondientes/no respondientes

Al final del estudio, después de cuatro años y medio de haberse iniciado los grupos, se siguieron los siguientes criterios para determinar quiénes habían terminado el ciclo y quiénes no. Del grupo de las 58 participantes solamente se consideró a aquellas que alcanzaron más de 375 asistencias a las sesiones, como las que

lograron terminar el ciclo, que fueron 26 probandas (44.82 %). Las otras 32 participantes (55.18 %) quedaron en la categoría de desertoras.

Ahora bien, para calcular los resultados de la investigación se eliminaron las desertoras y solamente se tomaron en cuenta las 26 que terminaron el ciclo.

De las 26 finalistas, 20 fueron situadas en el grupo de las respondientes (76.92 %) y las restantes 6 (23.07 %) en el de las no respondientes (cuadro III). Es de señalarse que debido a las condiciones en las que se inició el estudio, no fue práctico aplicarles las escalas estandarizadas para evaluar la intensidad del cuadro clínico, tanto el de la depresión como el de la ansiedad. En el momento en que se les incorporó en la lista de candidatas a participar en el programa GASA, el 100 % de las probandas ya tenía tiempo de estar ingiriendo psicofármacos, antidepresivos y tranquilizantes diazepínicos. Además, 17 del grupo de las 58 participantes, ingería un modulador del afecto o un antipsicótico (atípico). Se sabe que la aplicación en retrospectiva de cualquier escala da resultados completamente falsos.

Al terminar el espacio temporal de las sesiones se aplicaron las escalas para medir la intensidad sintomatológica, pero fue inútil, dado que no había con qué compararlas. No había valores iniciales del primer episodio, o anteriores a la ingesta de los fármacos.

Para valorar el estado de salud mental de las participantes, al final del ciclo se tomaron en cuenta tres criterios: 1) la sensación subjetiva de sentirse libres de síntomas, 2) no solicitar los servicios del MSM y 3) la

Cuadro IV Asistencias e inasistencias de las 26 pacientes dadas de alta

Grupos	Inasistencias				Asistencias			
	Faltas injustificadas	Faltas justificadas		Total				%
		Amonestaciones	Enfermedad		Firmadas	Programadas		
A-1	142	1	46	55	244	1348	1592	85
A-2	111	6	38	74	229	1651	1880	88
A-3	125	6	68	25	224	2114	2338	91
A-4	202	12	28	89	331	2079	2410	87
A-5	187	9	29	39	264	1833	2097	87

ingesta o no de fármacos. Los mismos criterios fueron utilizados al final de los 10 años de seguimiento.

De las juzgadas como no respondientes, dos de ellas tenían antecedentes de haber presentado síntomas psicóticos en el curso de la depresión. Por prevención de la posible reaparición de la sintomatología psicótica no se les suspendieron los psicofármacos.²¹ A otra de las pacientes, ocho años después de haberse terminado las sesiones, se le reactivó un quiste epidermoide en el lóbulo frontal y presentó un brote psicótico. Se recurrió a los fármacos para su control.²² Sobre las tres restantes no respondientes, aunque su asistencia era buena durante el curso de las sesiones, no lo fue su calidad de trabajo sesional. (En el futuro debe desarrollarse una herramienta que evalúe periódicamente y con precisión este y otros muchos aspectos propios de las psicoterapias psicodinámicas prolongadas).

La asistencia a las sesiones

El segundo resultado por destacar del estudio es el alto porcentaje de asistencias logrado por las 26 pacientes que terminaron el ciclo sesional (cuadro IV). Mientras que se reporta un 70 % de asistencias en los grupos psicoanalíticos clásicos, los cinco grupos de esta primera investigación exploratoria alcanzaron en promedio el 87.6 %. Lo sorprendente es que de 2338 sesiones programadas, las cinco pacientes consolidadas del grupo A-3 asistieron en conjunto la cantidad de 2114, un 91 % de las asistencias.

Se resalta este resultado por ser un reflejo del interés por alcanzar la cura, por parte de las deprimidas que comprendieron y asimilaron el propósito central del procedimiento psicoterapéutico propuesto. Sin ese interés de por medio, simplemente no existirían los grupos de autoayuda.

Sin reportes de eventos adversos

A primera vista da la impresión de que dejar solas sesionando a seis pacientes con trastornos del afecto, y muchas de ellas con graves trastornos de personalidad, es sumamente riesgoso, debido al efecto intenso de los cargos transferenciales surgidos en cada una de las sesiones. Bien, pues no fue así. A lo largo de todo el trayecto del proceso psicoterapéutico, se reporta que sí hubo situaciones muy tensas en algunas sesiones, pero nunca llegaron a las agresiones físicas. Terapéuticamente predominó el control de los intensos impulsos agresivos de algunas de las participantes. La irritabilidad, la intolerancia y las fuertes tendencias a las agresiones físicas, síntomas muy comunes en los trastornos depresivos, fueron encontrando su cauce en la dinámica sesional hasta alcanzar niveles propios de la eutimia.

Aun sin medicación, no se reportó ni un intento de suicidio y tampoco hubo necesidad de recurrir al internamiento hospitalario, incluidas en este rango las dos pacientes deprimidas con antecedentes de síntomas psicóticos. Antes del inicio de la psicoterapia, estas pacientes con frecuencia eran hospitalizadas.

Discusión

Fonagya *et al.* y Knekt *et al.* puntualizan el tipo de pacientes deprimidas que deben ser orientadas a recibir una psicoterapia prolongada.^{20,23} El simple sentido común señala lo impropio de proponer un tratamiento tan largo y en ocasiones doloroso a una paciente cuyo cuadro clínico es catalogado de ligero o moderado en su primer episodio depresivo, ya que, así como lo señalan Berga Rigmor *et al.*, es de esperarse que en la gran mayoría de estas pacientes la sintomatología depresiva remita, en forma natural y espontánea, y en un corto plazo de tiempo.²⁴

En consecuencia, los tratamientos psicoterapéuticos prolongados quedan reservados para aquellos trastornos depresivos recurrentes, crónicos, con importante comorbilidad, etcétera; en una palabra, para los casos de difícil resolución (irreductibles).

La otra cuestión que hay que discutir es si vale la pena invertir grandes esfuerzos y un amplio tiempo en una psicoterapia que, por regla, dura varios años. Los estudios encaminados a evaluar la eficacia de este tipo de psicoterapias presentan grandes variaciones de un autor a otro. Por ejemplo, Guillem Feixas y María Teresa Miró encuentran que la efectividad del psicoanálisis solamente llega al 44 % de los analizados.²⁵ En cambio, otros clínicos señalan específicamente cuando se emplea algún tipo de psicoterapia psicodinámica prolongada (*long-term psychodynamic psychotherapy*) en casos de depresión severa o grave, en los que las cifras de eficacia la elevan al 85 %.²⁶

Ahora bien, de los pocos estudios que hay sobre la eficacia del psicoanálisis clásico, el más confiable de ellos, por la rigurosidad aplicada en su evaluación, es el realizado por *The German Psychoanalytic Association*, entre los años de 1990 y 1993. De todos los pacientes deprimidos que terminaron su análisis, después de seis años y medio de seguimiento, entre el 70 y 80 % presentaron buenos y estables cambios en su psiquismo, de acuerdo con la evaluación del propio paciente, su analista y con los expertos independientes, tanto psicoanalistas como psicoterapeutas no psicoanalistas.²³ En términos generales, la literatura señala un creciente interés por conocer el real efecto de las PPP en los casos de difícil resolución (irreductibles)^{27,28,29} y su costo-efectividad cuando se les

compara con el empleo de los fármacos o las psicoterapias breves.

El tercer aspecto por valorar en relación con las diferencias entre los tratamientos farmacológicos, junto con las psicoterapias breves contra las PPP, gira en torno al objetivo central de los tratamientos.

Mientras los fármacos y las psicoterapias breves tienen por objetivo principal la desaparición de los síntomas, las psicoterapias prolongadas van más allá de ese objetivo y persiguen cambios estructurales en el sujeto psíquico.

Incluso, como se verá un poco más adelante, siguiendo las enseñanzas de Freud en el sentido de ir más allá de la eliminación de los síntomas^{20,23} en los GASA, en lugar de suprimir los dolorosos síntomas de la depresión, se busca su presencia, suspendiendo tempranamente los fármacos, para utilizarlos en el avance y progreso del tratamiento. Sin dolor psíquico se reduce a la mínima expresión la posibilidad de desestructurar/reestructurar al sujeto psíquico.

En términos generales se afirmaría que en tanto los fármacos y las psicoterapias breves son asintomáticas, buscan solamente la mejoría del deprimido y las PPP buscan ir a las raíces del conflicto intrapsíquico responsable de dicho trastorno. Su objetivo central es etiológico, no sintomático. De lo anterior se colude, entonces, que los primeros tratamientos solamente mejoran, mientras los del segundo grupo buscan y tienen por objetivo central curar.

Lo que falta es demostrar en los laboratorios de experimentación neurofisiológicos las anteriores hipótesis. Esta meta, por cierto, no está muy lejos de poder corroborarse o falsearse, esto por medio de las duras evidencias experimentales.

Limitaciones del estudio

El número limitado de probandas no permite sacar ninguna conclusión, pero la gran limitante del presente estudio fue la deserción temprana de un número considerable de pacientes. Ese hecho provocó que la investigación se sesgara. En la figura 1 se muestra, por grupos, el movimiento de las participantes.

Las primeras investigaciones sobre las deserciones en los tratamientos psiquiátricos se iniciaron a mediados de siglo pasado. El primer análisis metaanalítico sobre esta contingencia negativa, presente en cualquier tratamiento dirigido a pacientes deprimidas, lo realizaron Wierzbiki y Pekarik (1993) y abarcó estudios de 1974 a 1990.³⁰ El interés por conocer a fondo las causas de la deserción no se ha suspendido durante todos estos años. Todos los involucrados en algún tipo de tratamiento reconocemos que las deserciones modifican y alteran los resultados y las conclusiones de cualquier estudio, más si se trata de tratamientos

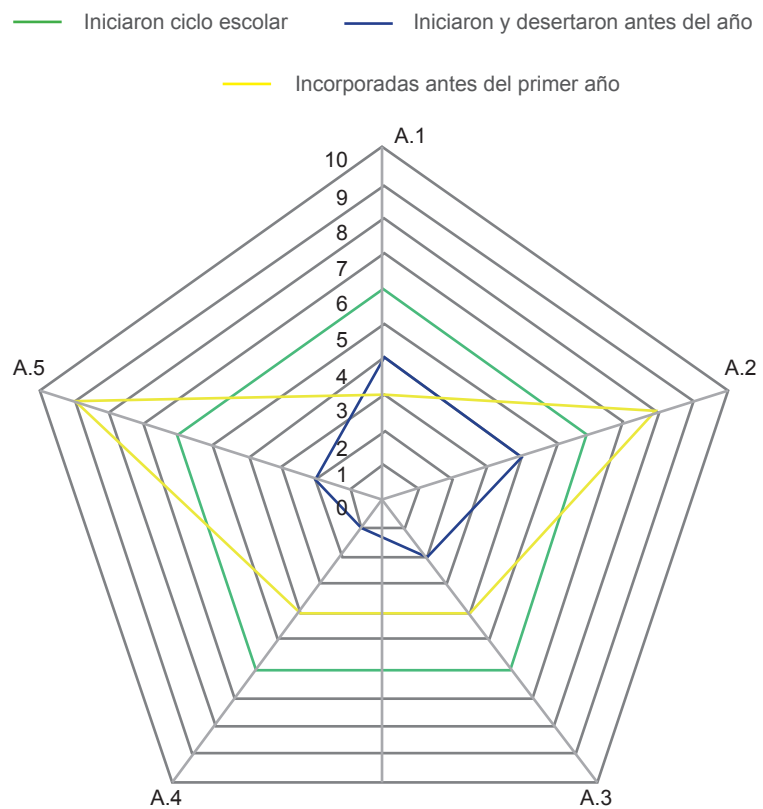


Figura 1 Movimiento por grupos de las participantes del estudio

prolongados, condición que por sí misma desencadena un mayor número de deserciones, como reconocen Hoencamp *et al.*³¹

Para disminuir las deserciones, Farrell *et al.* recomiendan afinar los criterios en la selección de las participantes e incrementar la psicoeducación de las candidatas.¹⁹

Sobre el último punto, reconocemos que se cometió un grave error estratégico en el presente estudio. En un formato de libro se plasmó la información considerada básica para el adecuado desarrollo del programa psicoterapéutico. Esta fue una equivocación crasa, ya que la UNESCO considera que en México hay un acentuado predominio del analfabetismo funcional, es decir, la gente sabe leer, pero esa habilidad no la emplea para leer periódicos, revistas, y mucho menos la utiliza para leer libros. En el futuro, la solución es verter esa valiosa e indispensable información en breves folletos, ricamente ilustrados.

En una entrevista semiestructurada se les preguntó a las desertoras el motivo personal por el que dejaron el grupo. En el cuadro V se muestran sus respuestas.

Es de comprenderse que después de varios años de estar controlando los síntomas con fármacos, ante el hecho de tener que abandonarlos, esto resulte toda una amenaza para su bienestar. La evocación del dolor psíquico provocado por los síntomas fue la principal

Cuadro V Los principales argumentos expuestos por las desertoras del grupo

Fases	n	Argumentos de las desertoras
Primera	6	Temor ante la necesidad de dejar los fármacos
	2	Las otras no entenderían su problemática, dado que no estaban capacitadas profesionalmente
	2	Nada que ver la problemática de las otras con la suya
	3	Obstáculos y prejuicios por parte de los familiares
	4	Sentirse peor en lugar de mejorar. Presencia de una crisis de ansiedad en el transcurso de una sesión
	2	Nada de confianza en el procedimiento. No se iban a curar con solo hablar; su enfermedad era de índole bioquímica
	1	Vergüenza de publicar lo que traía en la mente. Era demasiado grave
	1	Rivalidad severa con otra de las integrantes del grupo
	3	Fuga a la salud
	Total	24
Segunda	3	Pérdida del seguro social, o su jefe ya no les dio permiso para ir a las sesiones
	2	Había cansancio y desencanto por el procedimiento. No veían buenos resultados
	1	Cambio de horario en su trabajo (cambio de turno)
	1	Cambio de ciudad
	1	Aparición de una enfermedad grave e incapacitante
Total		8

causa desencadenante de su deserción. Aun así, es probable que si se les hubieran explicado en detalle las razones de su decisión, no hubieran abandonado tempranamente la psicoterapia.

Conclusiones

Si se implementan nuevas estrategias y se corrigen los errores cometidos en esta primera exploración, GASA se puede convertir en un procedimiento psicoterapéutico institucional que sea efectivo, seguro, barato y tenga amplia cobertura.

GASA, un procedimiento eficaz

Si no se toma en cuenta al grupo de pacientes desertoras y solamente consideramos las que terminaron el ciclo, las respondientes representaron el 76.92 %, cifra que está dentro del rango de efectividad, tanto del psicoanálisis clásico como de las otras modalidades de psicoterapias psicodinámicas prolongadas.

GASA, un procedimiento seguro

No puede haber mayor seguridad durante el proceso que tener a un equipo de profesionistas de la salud mental vigilando, día con día, el desarrollo dinámico del grupo psicoterapéutico y, a la vez, de cada una de sus integrantes.

El encuadre GASA también es un procedimiento seguro para el personal del MSM que lo supervisa. Por el simple hecho de no estar presente en las sesiones, las supervisoras quedan protegidas de los embates de la transferencia.

Es seguro también para la IPS que da cabida a los grupos GASA. El programa prevé todos los posibles eventos adversos que pudiesen surgir a lo largo del proceso. En GASA, el riesgo no es mayor al que se corre con los otros encuadres psicoterapéuticos.

GASA, un procedimiento barato

Aproximadamente en cinco años, con dos sesiones a la semana, y calculando un mínimo de \$350 por cada

sesión, si una paciente fuera a un consultorio privado, tendría que gastar \$150 500.00 en su tratamiento, cantidad que es factible que ni una sola paciente, de las 58 participantes, hubiera podido desembolsar.

Económicamente, también GASA sería favorable para las empresas. Seguramente la mejoría de la depresión repercutiría a nivel laboral en menos ausentismo;³² asimismo, con la mejoría se vería incrementada notablemente la calidad del trabajo desempeñado por la persona deprimida (presentismo),³³ y se registraría una baja notable en los accidentes de trabajo.³⁴

Del mismo modo, en el balance costo-beneficio, GASA le sería favorable a las IPS. Analicemos solamente algunos datos sobre lo que le cuesta la depresión a las IPS.

Con el programa Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), se calculó que en el 2008 el IMSS gastó durante ese periodo de tiempo, la cantidad de \$12 877 513, solamente en el internamiento de las pacientes deprimidas.³⁵ Auspiciados por la Organización Mundial de la Salud, en la Ciudad de México, junto con otros países se realizó un estudio muy minucioso sobre lo que le costaba a las IPS la atención de la depresión en pacientes externos. Hechos los ajustes necesarios para tener la certeza que se realizaría un cálculo muy cercano de las condiciones reales del país, el estudio *CHOosing Interventions that are Cost-Effective (WHO-CHOICE)*, comenzó con la investigación del costo de la depresión en los servicios de atención primaria de salud. Los resultados arrojaron la cantidad de 12 256 millones de pesos por año.³⁶ Y el dato más sobresaliente lo proporciona el mismo equipo de investigadores, al señalar que el 99 % de lo que gasta una IPS en la atención de un deprimido se invierte en la compra de fármacos.³⁶ En GASA, recordemos, al poco tiempo de iniciado el procedimiento se retira la ingesta de los medicamentos.

Ahora bien, ¿cuánto le costaría GASA a una IPS? Cualquier pequeño local de una unidad que cuente con las condiciones de privacidad necesarias se puede adaptar como sala de sesiones. El grupo de profesionistas que integren el equipo de psicoterapeutas supervisoras no necesita capacitación en la

teoría psicoanalítica, ni estar analizadas, basta con que cuenten con el necesario entrenamiento en cualquier técnica psicoterapéutica y que hayan leído el *Manual de Operaciones GASA* para que desempeñen satisfactoriamente su labor.

Aparte de estos ajustes institucionales, no hay otros gastos al poner en práctica el programa.

GASA, un procedimiento con amplia cobertura

Una unidad con un local adaptado como sala de sesiones en los dos turnos (matutino y vespertino) puede dar cabida a 18 grupos de lunes a sábado, con seis integrantes cada uno de ellos. Simultáneamente 108 deprimidas estarán recibiendo tratamiento psicoterapéutico. Si se suman al programa 10 unidades, la cifra de pacientes deprimidas con atención psicoterapéutica se eleva a 1080. Y si el programa GASA se instala en 100 unidades de IPS, el problema de salud pública de la depresión y, en general, de los trastornos del afecto, puede empezar a resolverse.

Para brindar atención a los nuevos casos de deprimidas que cumplan los requisitos para ser tomadas en cuenta como candidatas en la lista de espera, el programa GASA prevé la apertura de dos nuevos grupos cada seis meses, así hasta llenar los 18 espacios del horario disponible en un solo local. A la vuelta de cinco años, esos dos primeros grupos serán dados de alta, lo cual dará la oportunidad de incorporar a 12 nuevas pacientes. Esta cantidad multiplicada por cien nos da 1200 nuevas pacientes que podrían recibir atención psicoterapéutica cada seis meses. De esta forma, gracias a la circulación de los grupos, una amplia población de derechohabientes tendrá la oportunidad de recibir la atención que muy probablemente la pueda llevar a la cura.

Declaración de conflicto de interés: el autor ha completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

1. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment.* 2012;35:3-11.
2. Cantero Tellez EA, Ramirez-Paéz JA. Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 47(6):627-36.
3. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Primera edición (en español). Barcelona, España: Masson; 1995. p. 326.
4. Yoshimura R, Kishi T, Hori H, Ikenouchi-Sugita A, Katsuki A, Umene-Nakano W, et al. Comparison of the efficacy between paroxetine and sertraline augmented with aripiprazole in patients with refractory major depressive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2012 Dec 3;39(2):355-7. doi: 10.1016/j.pnpbp.2012.07.008.
5. Muñoz RF. La depresión de nuestros pueblos (conferencia magistral). *Salud Ment.* 2005;28(4):1-9.
6. Tamayo JM, Rosales-Barrera JI, Villaseñor-Bayardo SJ, Rojas-Malpica C. Definición e impacto de las

- depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. *Salud Ment.* 2011;34(3):247-55.
7. Galván P, Fernández E, Fonseca J. Síntomas residuales en el anciano con depresión. *Semergen.* 2012;38(5):285-91.
 8. Phillips JL, Batten LA, Aldosary F, Tremblay P, Blier P. Brain-volume increase with sustained remission in patients with treatment-resistant unipolar depression. *J Clin Psychiatry.* 2012 May;73(5):625-31. doi: 10.4088/JCP.11m06865.
 9. Zimmerman M, Martinez J, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA. How should residual symptoms be defined in depressed patients who have remitted? *Comprehensive Psychiatry.* 2013; 54(2):91-6.
 10. Bennabi D, Aouizerate B, El-Hage W, Doumy O, Moliere F, Courtet P, et al. Risk factors for treatment resistance in unipolar depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2015 Jan 15;171:137-41. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.020.
 11. Tripp A, Oh H, Guilloux JP, Martinowich K, Lewis DA, Sibille E. Brain-derived neurotrophic factor signaling and subgenual anterior cingulate cortex dysfunction in major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* 2012 Nov;169(11):1194-202. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12020248.
 12. Yao S, Liu M, Liu J, Hu Z, Yi J, Huang R. Inhibition dysfunction in depression: event-related potentials during negative affective priming. *Psychiatry Res.* 2010 May 30;182(2):172-9. doi: 10.1016/j.psychres.2010.01.010.
 13. Mayberg HS. Targeted electrode-based modulation of neural circuits for depression. *J Clin Invest.* 2009 Apr 1;119(4):717-25. doi: 10.1172/JCI38454.
 14. Myint AM, Kim YK. Network beyond IDO in psychiatric disorders: revisiting neurodegeneration hypothesis. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry.* 2014;48:304-13. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2013.08.008
 15. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med.* 2010 Feb;40(2):211-23. doi: 10.1017/S0033291709006114.
 16. López J, López MA, Vargas BE, Villamil V. Estudio doble ciego con antidepressivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. *Salud Ment.* 2004;27(5):53-61. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/582/58252707.pdf>
 17. Nierenberg AA, Husain MM, Trivedi MH, Fava M, Warden D, Wisniewski SR, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report. *Psychol Med.* 2010 Jan;40(1):41-50. doi: 10.1017/S0033291709006011.
 18. Bellón JÁ, Moreno-Küstner B, Torres-González F, Montón-Franco C, Gil de Gómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: Methodology *BMC Public Health.* 2008;8:256. DOI: 10.1186/1471-2458-8-256.
 19. Cooper AA, Conklin LR. Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Psychol Rev.* 2015 Aug;40:57-65. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.001.
 20. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T, et al. Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *J Affect Disord.* 2011 Jul;132(1-2):37-47. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.014.
 21. Wijkstra J, Lijmer J, Balk F, Geddes J, Nolen WA. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Plain Language Summaries [Internet].* This version published: 2015; Review content assessed as up-to-date: April 12, 2013. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004044.pub4/full>
 22. Insa-Gómez FJ, Elvira-Peña L. Depresión secundaria a tumor cerebral. *Psiquiatr. Biol.* 2005;12(2):79-87.
 23. Fonagy P, Roth A, Higgitt A. The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research.* 2005;4(5-6):367-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnr.2005.03.005>
 24. Berg RC, Høie B. Effectiveness of psychotherapy for adults with depression: a systematic review of the best available evidence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2010;5:2194-200. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.435.
 25. Miró MT, Feixas G. Aproximaciones a la psicoterapia. Primera edición. Barcelona, España: Paidós; 1993. p. 311.
 26. Bradshaw W, Roseborough D, Pahwa R, Jordan J. Evaluation of Psychodynamic Psychotherapy in a Community Mental Health Center. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry.* 2009;37(4):665-81.
 27. Keefe JR, McCarthy KS, Dinger U, Zilcha-Mano S, Barber JP. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clin Psychol Rev.* 2014 Jun;34(4):309-23. doi: 10.1016/j.cpr.2014.03.004.
 28. Jakobsen JC, Hansen JL, Simonsen E, Gluud C. The effect of adding psychodynamic therapy to antidepressants in patients with major depressive disorder. A systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Journal of Affective Disorders.* 2012;137(1-3):4-14.
 29. Steinert C, Hofmann M, Kruse J, Leichsenring F. Relapse rates after psychotherapy for depression - stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders.* 2014;168:107-18.
 30. Hoencamp E, Haffmans PM, Duivenvoorden HJ. Predictability of dropout in unipolar depressed outpatients. *Eur Psychiatry.* 1998;13(2):63-6. doi: 10.1016/S0924-9338(98)80020-5.
 31. Farrell NR, Deacon BJ. The relative importance of relational and scientific characteristics of psychotherapy: Perceptions of community members vs. therapists. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016 Mar;50:171-7. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.08.004.

32. Voz Pro Salud Mental. Estudio: Costo Social de los Trastornos mentales. La Depresión en México causa pérdidas anuales de 9 mmdp por ausentismo laboral. Abril 12; 2012.
33. Wang PS, Simon GE, Kessler RC. Making the business case for enhanced depression care: the National Institute of Mental Health-harvard Work Outcomes Research and Cost-effectiveness Study. *J Occup Environ Med.* 2008 Apr;50(4):468-75. doi: 10.1097/JOM.0b013e31816a8931.
34. WilliamsCD, SchoutenR. Assessment of occupational impairment and disability from depression. *J Occup Environ Med.* 2008 Apr;50(4):441-50. doi: 10.1097/JOM.0b013e318169ccd0.
35. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Norma que establece las disposiciones generales para la aplicación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Distrito Federal: IMSS; 28 de septiembre de 2012.
36. Lara-Muñoz MC, Robles-García R, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina-Mora ME. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Ment.* 2010; 33(4):301-8. Disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=25720>

Estimado suscriptor, como usted sabe, existe una tendencia cada vez mayor para que las revistas periódicas de difusión científica sean distribuidas por vía electrónica. Debido a ello, iniciaremos una disminución de la producción impresa. Si usted nos manda su dirección electrónica, le haremos llegar puntualmente sus ejemplares por correo electrónico y usted conservará la colección de la revista. Además, usted puede consultar el material en el sitio web de la publicación. Si nos hace llegar la opinión que la revista le merece cuando nos mande su dirección, vamos a estar muy agradecidos.