

Grupo psicoterapéutico para hombres con trastornos depresivos graves y crónicos en una Unidad de Salud Mental Comunitaria

Rafael ROMERO GAMERO

Nicolás VUCÍNOVICH

Unidad de Salud Mental Comunitaria-Oriente (Sevilla). Servicio Andaluz de Salud

Silvia POVES OÑATE

Centro de Salud Mental de Aranjuez (Madrid)

Resumen

Ciertas características clínicas de la depresión masculina nos han orientado a definir una intervención grupal específica: su mayor tasa de suicidios consumados, la mayor resistencia a demandar ayuda, la tendencia al aislamiento y al consumo de tóxicos para apaciguar el sufrimiento. En este trabajo pretendemos dar cuenta de la mejoría clínica alcanzada por un grupo de 6 pacientes con diagnóstico de depresión mayor crónica, tras haber participado durante 2 años en terapia grupal. El tratamiento fue dirigido según las premisas de la Psicoterapia Interpersonal (PIP). Las pruebas psicométricas utilizadas fueron: MADRS (valora la intensidad de la sintomatología depresiva), SDI (discapacidad percibida por los pacientes en distintas áreas) y CGI-SI (impresión clínica). El grupo mostró una mejoría en todas las áreas. Pretendemos destacar, a partir de nuestra experiencia con este grupo de pacientes, la importancia de un tratamiento específico y prolongado con el objetivo de prevenir recaídas.

Palabras clave: depresión crónica, hombres, psicoterapia interpersonal, psicoterapia de grupo.

Abstract

Some clinical features of male depression have guided us to develop an specific group intervention: higher incidence of committed suicide, refusal to professional treatment, tendency to isolate and drugs use in order to soothe the pain. In this work we intend to explain clinical improvement of six patients diagnosed with chronic major depression after two years of group psychotherapy. This treatment is based on Interpersonal Psychotherapy. We

Dirección del primer autor: Unidad de Salud Mental Comunitaria-Oriente. c/ Cueva de la Pileta, s/n. 41020 Sevilla. *Correo electrónico:* rrgamero@yahoo.es

Recibido: octubre de 2009. *Aceptado:* diciembre de 2009.

used Psychometric tests: MADRS (assesses the intensity of depressive symptoms), SDI (perceived disability in different areas) and CGI-SI (clinical impression). Results show a global improvement. It is necessary to highlight, from our experience in this group psychotherapy, the relevance of a specific and long – term treatment due to prevent relapses.

Keys words: Chronic Depression, Male, Interpersonal Psychotherapy, Group Psychotherapy.

Los trastornos depresivos unipolares son, junto a los trastornos de ansiedad, los diagnósticos psicopatológicos más habituales en la población general, presentando una elevada prevalencia (Comisión de las Comunidades Europeas; 2005), siendo, así mismo, uno de los principales motivos de consulta en atención primaria (Aragonés, Gutiérrez, Pino, Lucena y Cervera 2001). En casi todos los estudios epidemiológicos se observa una frecuencia mayor de éstos trastornos en la población femenina, con un riesgo de dos a tres veces superior (Klerman y Weissman, 1989; Karasu, Docherty, Gelenberg, Kupfer, Merriam y Shadoan, 1993). La mayor incidencia en mujeres puede estar determinada por variables genéticas (mayor frecuencia en parientes de primer grado) o por la existencia de enfermedades físicas crónicas (Karasu, Docherty, Gelenberg, Kupfer, Merriam y Shadoan, 1993) y, en especial, por variables de tipo psicosocial (los acontecimientos vitales estresantes como conflictos laborales, desempleo, disputas conyugales, separaciones o fallecimientos de seres queridos) (Paykel y Cooper, 1992).

Sin embargo, la depresión en los varones presenta unas características que la hace merecer una especial atención. Uno de los aspectos más alarmantes es el alto nivel de suicidios entre hombres deprimidos en comparación a las mujeres, llegando a ser hasta cuatro veces más frecuente (Minino, Arias, Kochanek, Murphy y Smith, 2002). Los métodos que usan son más letales y es común que eviten pedir ayuda, lo que redundará en

una mayor tasa de suicidios consumados. El perfil sintomático de los hombres es, en general diferente, con predominio de fatiga, insomnio, irritabilidad y pérdida de interés en el trabajo o tiempo libre. Expresan, en comparación a las mujeres, menos sentimientos de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva (Cochran y Rabinowitz, 2002).

Para algunos autores el mayor abuso de alcohol y drogas en hombres debería ser percibido como un posible síntoma de depresión (Robins y Regier, 1991). Es decir, en lugar de pedir ayuda directamente, permitiendo verbalizar su malestar, los hombres pueden intentar reducir su sufrimiento abusando de drogas y alcohol, en especial a la hora de afrontar determinados sentimientos como la irritabilidad, frustración o tristeza. Otros tienden a refugiarse en el trabajo o mostrando conductas impulsivas (Cochran y Rabinowitz, 2002) como la conducción temeraria.

No hay que olvidar los factores culturales y sociales que fuerzan a los varones a asumir una imagen de fortaleza, considerándose la depresión como una muestra de debilidad o incapacidad de autocontrol, lo cual le puede llevar a canalizar los sentimientos de tristeza a través de conductas de hostilidad, como reacción más aceptable desde la perspectiva del estereotipo masculino. Por otro lado se observa que las mujeres responden mejor a los tratamientos farmacológicos con ISRS (Kornstein, 1997) así como a la psicoterapia. Se observa un menor nivel de adherencia al plan terapéutico por parte de los hombres.

En cuanto al tratamiento de las depresiones, en las últimas décadas se han desarrollado diversos tratamientos psicológicos de gran eficacia y efectividad como la Terapia Cognitivo-Conductual (Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Docherty, Fiester y Parloff, 1989; Thase, Greenhouse, Frank, Reynolds, Pilkonis, Hurley, Grochocinski y Kupfer, 1997; NICE, 2004.) y la Psicoterapia Interpersonal. Esta última terapia fue desarrollada en la década de 1970 y su uso se ha ido diversificando y aplicando en distintos formatos y contextos, no solo para los trastornos afectivos sino a otros trastornos psicopatológicos. Se ha adaptado a tratamientos breves para su uso en atención primaria, a formatos de pareja y a intervenciones grupales (Shramm, 1998). Ha mostrado su eficacia en comparación a la Terapia Cognitivo-Conductual o la medicación, incluso en depresión severa (Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Docherty, Fiester y Parloff, 1989; NICE, 2004).

Sin embargo a pesar de la existencia de tratamientos de gran eficacia, un número significativo de pacientes no presentan mejorías y tienden a presentar una evolución crónica (Elkin, 1989). Esto ha llevado al desarrollo de programas para el tratamiento de las depresiones resistentes y crónicas. Los abordajes cognitivo-conductuales y la Psicoterapia Interpersonal se están aplicando solos o combinados con medicación para este tipo de depresiones (Arnow y Constantino, 2003). Mención aparte merece el Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo-Conductual, único modelo de terapia específico para el tratamiento de las depresiones crónicas y que integra componentes tanto de las terapias cognitivas, conductuales e interpersonales en un enfoque

que biopsicosocial (McCullough, 2000). Los datos publicados son muy prometedores, demostrando una reducción de la sintomatología semejante a la medicación y superior cuando se combinan ambos tratamientos (Keller, McCullough, Klein, Arnow, Dunner, Gelenberg, Markowitz, Nemeroff, Russell, Thase, Trivedi, Zajecka, Blalock, Borian, Fawcett, Hirschfeld, Jody, Keitner, Kocsis, Koran, Kornstein, Manber, Miller, Ninan, Rothbaum, Rush, Schatzberg, y Vivian, 2002). Estos últimos datos defienden un uso combinado de tratamientos como opción ideal en los trastornos depresivos crónicos.

La existencia de tratamientos psicológicos empíricamente validados unido a una aplicación de éstos en un formato grupal supone una medida, no solo eficaz y efectiva, sino especialmente eficiente, aspecto nada irrelevante si hablamos de la asistencia en centros sanitarios públicos (Romero y Salas, 2003).

Todo lo anterior ha despertado en nosotros un interés por intervenir en la situación de los hombres afectados de cuadros depresivos graves y de larga evolución que acuden a nuestro dispositivo de salud mental, y el deseo de aliviar su sufrimiento con intervenciones más apropiadas a sus características. Hemos considerado que una intervención grupal, dirigida en exclusividad a ellos, donde puedan expresarse y sentirse comprendidos por otros hombres que se encuentran en una situación semejante, puede permitir el verbalizar de forma más apropiada los conflictos interpersonales que originan, acrecientan y mantienen sus cuadros depresivos.

Exponemos a continuación los datos de una aplicación de la Psicoterapia Interpersonal en formato grupal a varones afectados de cuadros depresivos de gran intensidad y

duración y que asisten a nuestra Unidad de Salud Mental Comunitaria.

Método

Muestra

Han acudido un total de nueve pacientes. Presentamos los datos de los seis pacientes que han asistido al grupo durante al menos cuatro meses, permitiendo una adecuada valoración tanto al inicio como al final. De ellos, dos asistieron de cuatro a seis meses. Del resto, tres pacientes acuden desde el inicio del grupo y uno de ellos ha asistido durante doce meses.

Todos los asistentes al grupo refieren patologías médicas que limitan su funcionamiento como cardiopatías, patologías neurológicas, oncológicas, reumáticas, etc. Es frecuente la presencia de conflictividad crónica en el ámbito de pareja y familiar. Ninguno trabaja actualmente debido a su cuadro depresivo y enfermedades asociadas.

Presentan una larga historia de tratamiento en nuestra UMSC siendo la media de tratamiento de 44.2 meses y la media de edad al inicio del grupo es de 55.3 años.

Todos cumplen criterios de trastorno depresivo mayor episodio actual grave sin síntomas psicóticos, según criterios de la CIE-10. (OMS, 1993). Lo cual, unido a que su evolución ha sido crónica, les hace cumplir, además, criterios previos de trastorno distímico, trastorno depresivo recurrente o de depresión mayor crónica según el DSM-IV (APA, 2000).

Instrumentos

Se ha realizado una valoración psicométrica consistente en la aplicación de las siguientes pruebas:

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)

Diseñada para valorar la intensidad de la sintomatología depresiva. Escala heteroaplicada de 10 ítems con predominio de síntomas cognitivos y del estado de ánimo. Cuenta con 7 niveles de intensidad de 0 a 6. No existen puntos de cortes pero la valoración de la intensidad más aceptada es la siguiente: normalidad (0-6), depresión leve (7-19), depresión moderada (20-34), depresión grave (35-60). Al incidir en menor medida en los síntomas somáticos que otras escalas, como la Escala de Depresión de Hamilton, es especialmente útil en pacientes con patología médica comórbida, depresión severa y pacientes de edad avanzada. Así mismo se encuentra menos contaminada de sintomatología ansiosa (Montgomery y Asberg, 1979).

Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI)

Dirigido a valorar la discapacidad percibida por los pacientes debido a su alteración psicopatológica, evaluando su interferencia en tres áreas (laboral, social y familiar) en una escala de 0 a 10 cada una. Junto a estas tres medidas se valora el nivel de estrés percibido en una escala de 10 puntos y el apoyo social percibido de 0 a 100 puntos. No existen puntos de cortes, a mayor puntuación mayor discapacidad percibida. Su sencillez permite su uso en pacientes gravemente afectados (Sheehan, Hamett-Sheehan y Raj, 1996).

Escala de Impresión Clínica (CGI)

Es una de las escalas más usadas para la valoración de la gravedad y mejoría del

cuadro clínico. Presenta dos sub-escalas: la CGI-SI dirigida a valorar la gravedad, con 8 puntos de valoración, de 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremos) y la CGI-GI para valorar el nivel de mejoría presentada respecto al estado basal con escala de 8 puntos, de 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor) (Guy, 1976). En la presente investigación exponemos los datos de la sub-escala de gravedad, CGI-SI.

Procedimiento

La duración total de la intervención ha sido de dos años. En un principio se programó una duración anual (de septiembre a julio), sin embargo al observar la mejoría obtenida, se decidió prolongar un año más el grupo para aumentar la estabilidad sintomática, permitiendo incrementar el trabajo terapéutico sobre otros focos de conflictividad interpersonal. Es decir, el tratamiento se convirtió en un tratamiento en fase aguda y de continuación para la prevención de recaídas.

Las sesiones han sido semanales durante el primer año y posteriormente quincenales, pasando de forma paulatina a periodos mensuales durante el segundo año. La duración de las citas grupales es de 90 minutos. Debido a la gravedad de muchos de los pacientes se ha planteado un grupo compuesto de cuatro a seis participantes a la vez, como máximo. Se perseguía que el grupo se convirtiera, además, en un espacio de encuentro interpersonal, una base segura de exploración de nuevas alternativas tanto a nivel cognitivo, conductual y afectivo, así como un espacio de comprensión mutua.

El grupo terapéutico tuvo un carácter abierto. La apertura a nuevos miembros se realizaba tras un periodo de estabilización de las dinámicas grupales tras la inclusión

de algún miembro previo y tras un proceso de entrevistas de valoración e información sobre el grupo: características, normas, rol del paciente, etc. Se aprovechaba para ir realizando la evaluación de sus síntomas y los factores interpersonales relacionados con su depresión y se realizaba la valoración psicométrica pertinente. Esta valoración, a través de las entrevistas, permitía ganar tiempo para que en el momento de ser incluido conociera de la forma más adecuada el funcionamiento y características grupales así, como establecer una adecuada alianza con el terapeuta del grupo, evitando de este modo ciertos temores que pudieran suponer un abandono prematuro del tratamiento.

A continuación comentamos de forma breve el contenido y estructura de la Psicoterapia Interpersonal (PIP, en adelante). Sin embargo para una mayor información se puede consultar el magnífico manual original de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984 o su versión disponible en castellano en Schramm, 1998.

La Psicoterapia Interpersonal

La PIP es una terapia específica y breve para los cuadros depresivos. Se centra en los problemas interpersonales que presentan los pacientes y su conexión con el malestar afectivo actual. Aunque no procede de otros enfoques, como la Terapia Cognitiva o el Psicoanálisis, se permite el uso puntual de elementos o técnicas de otros enfoques siempre que permitan acrecentar las habilidades y recursos de afrontamiento que presentan los pacientes. Otorga más importancia al presente que al pasado y se centra en los roles sociales desempeñados en su vida actual. La PIP intenta, tanto aliviar los síntomas de los pacientes como ayudarles a desarrollar estrategias más adecuadas para

afrontar las situaciones conflictivas que están viviendo en el presente. No busca modificar la personalidad aunque reconoce su relevancia clínica.

La PIP se desarrolla en tres fases: A) la inicial o diagnóstica, B) la intermedia o focalizada y C) la final o de terminación. La PIP destaca por ser un enfoque que defiende la flexibilidad como norma a seguir por el terapeuta por lo que el número indicado de sesiones es también relativo.

A) Durante la *primera fase* se pretende aliviar los síntomas, dar ánimo y esperanzas al paciente, explicarle en qué consiste su trastorno actual y de qué forma pretendemos ayudarlo. Para su evaluación se seleccionan los cuestionarios que se consideren más adecuados como entrevistas semiestructuradas, escalas, inventarios, etc. Es una etapa eminentemente psicoeducativa que supone explicar sus síntomas, diagnóstico, pronóstico y el tratamiento que se le va a ofrecer. El terapeuta valora en éstos momentos la idoneidad o no de añadir tratamiento de medicación atendiendo a la gravedad y opinión del paciente. Otro elemento distintivo durante éste periodo de la terapia es el de otorgarle el *rol de enfermo*. El rol de enfermo permite al paciente, durante un periodo, la posibilidad de eliminar ciertas obligaciones que vive como agobiantes en el presente, permitiendo establecer una mejor relación terapéutica pero con el objetivo de irse responsabilizando en su tratamiento de forma paulatina. Una especie de “alto en el camino” para recuperar energía y tomar un nuevo impulso.

En la primera fase se exploran los cambios recientes en sus relaciones

personales y ver su relevancia respecto al cuadro depresivo actual. El objetivo es delimitar las áreas conflictivas que presenta y sobre las que se trabajara en la segunda fase, Las áreas de trabajo se pueden agrupar en: duelo (reacción anormal por la intensidad o duración), disputas interpersonales de rol (por ejemplo, conflictos o desavenencias conyugales, con compañeros o jefes), transiciones de rol (jubilación forzada, desempleo, etc.) y déficits interpersonales (carencias de habilidades sociales). Por supuesto a mayor duración de la terapia mayor posibilidad de trabajar distintas áreas conflictivas.

La primera fase llegó a abarcar las primeras 8-10 sesiones.

B) En la *segunda etapa*, tras focalizar las áreas en conflicto se barajan distintas estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, así como opciones o planes alternativos de comportamiento. El alivio sintomático que se ha obtenido durante las primeras sesiones permite el proceso y que paulatinamente se retire el *rol de enfermo* para que vaya asumiendo responsabilidad e ir recuperando su funcionamiento previo. Esta fase ocupó la mayor parte del primer y segundo año.

C) La fase final supone preparar al paciente para el abandono del tratamiento, lo que puede llevar al desarrollo de comportamientos de temor, dependencia o incluso un breve empeoramiento. Se resume lo que ha sido el proceso terapéutico, los avances y lo que ha aprendido el paciente. El terapeuta debe de ayudar a poner en práctica lo conseguido para consolidar la mejoría obtenida con el tratamien-

to. El objetivo es la prevención de recaídas. La presente fase abarcó las últimas sesiones mensuales de tratamiento.

Finalmente comentar que la PIP enfatiza que lo importante son las estrategias y los objetivos, y no tanto las técnicas, las cuales se eligen y se usan de forma puntual, según los objetivos que nos hemos planteando. En el grupo terapéutico hemos usado técnicas de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en relajación, planificación de actividades gratificantes, reestructuración cognitiva, etc. El manual disponible es muy orientador, da pautas muy concretas de actuación, lo que permite que un psicoterapeuta experto en otros enfoques pueda llegar a dominar la PIP sin excesivas dificultades. Finalmente, comentar que el rol del terapeuta es el de un aliado, es activo, fomentando la participación de todos los miembros, transmite esperanza y muestra empatía.

Resultados

Datos de las pruebas administradas

Debido al reducido número de pacientes de la muestra, para el análisis estadístico de los datos, hemos utilizado una prueba no paramétrica, el test de rangos asignados de Wilcoxon.

Los datos indican una mejoría significativa y mantenida de la sintomatología depresiva, más concretamente todos han presentado una reducción de su sintomatología superior al 45% respecto a la inicial, cuatro de ellos con sintomatología reducida en más del 50%, por tanto, podemos afirmar que ha habido una buena respuesta al tratamiento y, en dos de ellos, los datos indican que se ha producido una remisión clínica.

Tabla 1. Contraste pre-tratamiento/post-tratamiento de los resultados generales de la muestra en las pruebas aplicadas.

PRUEBAS	PRE	POST
<i>MADRS</i> *	45.33	17.33
<i>SDI-trabajo (n.s.)</i>	9.33	8.33
<i>SDI-vida social</i> *	9.5	5.5
<i>SDI-vida familiar</i> *	8.58	5.83
<i>SDI-estrés percibido</i> *	95%	50.83%
<i>SDI- apoyo social percibido</i> *	20%	60%
<i>CGI-SI</i> *	6.33	2.83

* diferencia significativa ($p < 0.05$)

n.s. diferencia no significativa

Se ha producido una mejoría muy significativa en el nivel de discapacidad tanto a nivel familiar y social, pasando de encontrarse extremadamente afectados en ambas áreas, a niveles de afectación moderada o, incluso leve, tras acudir al grupo. En la discapacidad en el área laboral los datos no han sido significativos, éste resultado era esperable debido al estado de incapacidad laboral que presentan (prejubilaciones, incapacidades permanentes, etc.)

Respecto al nivel de estrés que consideran sufrir, lo valoraban como extremo al principio, siendo valorado tras su paso por el grupo, en unos niveles moderados y más manejables.

La impresión clínica a través del CGI-SI confirma estas mejorías. Han pasado, como grupo, de una puntuación indicativa de encontrarse “grave o extremadamente enfermos” a un nivel de “levemente enfermos”.

Impresión clínica de los facultativos referentes

Comentamos brevemente la impresión general que expresan los facultativos referentes de cada caso.

Caso 1

Paciente de 56 años, consulta por primera vez al ESMD en 2002, con un cuadro de ansiedad, irritabilidad y episodios de impulsividad, que alternaban entonces con episodios depresivos moderados. Mostraba asimismo rasgos obsesivos de la personalidad: prolijo, meticuloso, autoexigente y con tendencia a culpabilizarse frente a frustraciones profesionales y maritales. Como único desencadenante situaba un alto nivel de estrés laboral. Los síntomas ansiosos y los episodios depresivos respondieron solo parcialmente al tratamiento psicológico y farmacológico empleado (antidepresivos y ansiolíticos) y las mejorías durante los períodos de baja laboral (y su posterior incapacidad) fueron también parciales. Tras un grave accidente (caída de un barranco después de la cual él negó haber tenido cualquier intención autolítica), decidimos junto a su psicólogo clínico la inclusión en el grupo terapéutico.

Su adaptación al grupo fue adecuada, constituyéndose tras pocas sesiones en un elemento importante para el resto de los integrantes. Durante las entrevistas individuales manifestaba su cariño por el resto de los miembros del grupo, así como la satisfacción de poder hablar con ellos acerca de sus conflictos cotidianos. Comienza a vivenciar sentimientos altruistas que lo llevarán a su actual labor como voluntario en una ONG.

Él mismo ha demandado y tolerado la reducción farmacológica, persistiendo una gran mejoría en áreas como impulsividad e irritabilidad, ansiedad, pérdida de interés y capacidad de disfrutar.

Caso 2

Paciente de 65 años, consultó por primera vez en 2004 acusando síntomas depresivos graves: anhedonia, retraimiento,

tristeza, insomnio, ansiedad, desesperanza e ideación de muerte (suicidio). Como desencadenantes se aislaron: la pérdida de su negocio familiar y la petición de divorcio de su mujer. La respuesta al tratamiento farmacológico fue satisfactoria hasta 2006 cuando, coincidiendo con el diagnóstico de un tumor de vejiga, y a pesar de estar bajo tratamiento antidepresivo (mantenimiento), se recrudecieron los síntomas melancólicos. Decidimos entonces su derivación para apoyo psicológico y su inclusión en el grupo terapéutico.

En las entrevistas individuales el paciente ha manifestado repetidamente estar muy satisfecho con las sesiones grupales y haber mejorado su estado de ánimo en general, notando al principio *“más energía para hacer las cosas de casa”*. A lo largo del primer año de tratamiento grupal mejoraron los síntomas depresivos de forma manifiesta y sostenida, a pesar de las contingencias que surgieron durante ese período (nueva reactivación del tumor de vejiga). Diez meses después de su inclusión manifestó: *“ya estoy mucho mejor que antes... ya no tengo esa apatía, ni esa ansiedad ni dolor en el pecho”*. Se ha reducido el tratamiento farmacológico (suprimido los ansiolíticos) sin recaída durante este período.

Tanto en el paciente 1 como en el paciente 2 han mantenido el contacto con otros miembros del grupo terapéutico fuera de los límites (horarios y físicos) institucionales, permitiendo una mejora que se ha ido acrecentando en su funcionamiento personal y social.

Caso 3

Paciente de 65 años, acude en 2006 al ESMD tras sufrir desde hacía un año: tristeza, llanto, angustia, abatimiento y pérdida de energía y actividad, así como pen-

samientos intrusivos en torno al aparente desencadenante: muerte de su cuñado (“*como un segundo padre para mi*”) y de una hermana. Refiere también importantes problemas de convivencia con su mujer (“*dominante*”, según el paciente), que lo insulta y descalifica, habiendo adoptado el paciente una actitud de retraimiento y sumisión (perdió el contacto con sus hijos y amigos). Seis meses después de iniciado el tratamiento realiza un intento autolítico por lo cual se decide su ingreso hospitalario. Tras el alta decidimos con su psicólogo clínico la incorporación al grupo terapéutico y acordamos con una hermana el que conviva con ella durante un mes, dado el alto grado de hostilidad y criticismo que sufría en su casa.

La adaptación de este paciente fue gradual, faltando a muchas entrevistas al principio. Durante las entrevistas individuales manifestó desde el comienzo lo angustiante que le resultaba el tener que escuchar “*los problemas de los demás*”. Superado este período inicial, que coincidió con una marcada labilidad afectiva y retraimiento, el paciente notó que al “*abrir los problemas*” al grupo ha encontrado una respuesta satisfactoria y se ha sentido apoyado. La mejoría clínica en este paciente ha sido menos evidente que en los anteriores, aunque son destacables su menor aislamiento social y familiar (ha retomado el contacto con amigos del Centro Cívico, con sus hijos y hermana), el mayor grado de actividad y menor tristeza (“*tengo más días buenos que malos*”). Permaneció 4 meses en el grupo.

Caso 4

Paciente de 49 años, comienza a reanudar tratamiento psiquiátrico en 1996, tras haberle sido diagnosticada fibromialgia. Las quejas del paciente se centran desde

entonces en una incapacidad “para hacer nada”, en falta de “energía e ilusión por las cosas”, y en un estado de ansiedad constante, que mejora solo parcialmente con los tratamientos empleados (antidepresivos, ansiolíticos, psicoterapia individual y grupo de relajación). Dada la invariabilidad de la clínica y el deterioro que observábamos en este paciente (actividad, relacional, laboral, lúdico) decidimos su inclusión en el grupo terapéutico. Tras varios meses de tratamiento comienza a manifestar su interés por retomar actividades abandonadas hace años (comienza a colaborar en un club de fútbol entrenando a niños), y disminuyendo las quejas por apatía y falta de interés. Presenta una mejoría mantenida durante el último año del grupo incrementando su vida social y ha presentado un aumento en la satisfacción con su vida de pareja.

Caso 5

Paciente de 56 años, asiste desde el año 2005 presentando sintomatología ansioso-depresiva desde hacía varios meses a consecuencia de problemática en el ámbito laboral (mayor presión para conseguir objetivos y desavenencias con el jefe) a consecuencia de lo cual presentó crisis hipertensivas severas y problemática cardíaca. Comienza, a pesar del tratamiento farmacológico, un cuadro depresivo con rasgos melancólicos: predominando la anhedonia, inhibición psicomotora y un extremo aislamiento social. Ante lo cual se propone para grupo de depresión. La evolución ha sido de paulatina mejoría, incrementándose la actividad social, y expresando en las entrevistas individuales que el grupo le ha dado las “*ganas de seguir viviendo*”. La mejoría en su estado de ánimo ha supuesto una mejora en la evolución de su patología cardiovascular según refiere su cardiólogo. Han disminu-

do de forma palpable los sentimientos de desesperanza y apatía mejorando su funcionamiento global. A pesar de la detección de atrofia cerebral en el último año mantiene, sin embargo, los avances alcanzados hasta el momento.

Caso 6

Paciente de 58 años, con antecedentes de alcoholismo y distimia. A la llegada a nuestra unidad de salud mental presentaba un cuadro depresivo severo desde hace un año con alto nivel de desesperanza, irritabilidad e ideación autolítica permanente con escasa respuesta a los tratamientos de medicación recibidos. Factores estresantes como la falta de trabajo, patología ósea y, en especial, el ser el cuidador de dos enfermos mentales (esposa e hijo) desde hace años, se encontraban en la base de su malestar al ser derivado a psicoterapia grupal. Su experiencia previa en grupos terapéuticos en Alcohólicos Anónimos hizo que su petición de un abordaje grupal fuera verbalizada por él desde el principio. Así mismo, presentaba un gran temor a volver a recaer en su adicción al alcohol y perder el control sobre sus impulsos respondiendo agresivamente en el trato con su hijo. Su permanencia fue de unos seis meses pero durante ese periodo presentó una clara mejoría en los síntomas más extremos, mejorando su capacidad de afrontamiento y de búsqueda de soluciones a su problemática. Pudo mejorar en su nivel de confianza a la hora del trato con sus familiares. Finalmente, como una de las soluciones que había barajado, solicitó su inclusión en otro dispositivo asistencial, un grupo de familiares para recibir psicoeducación sobre la enfermedad mental de su hijo. Refiere que el grupo le ayudó a afrontar una etapa dura de su vida y poder salir adelante.

Discusión

Consideramos que los resultados obtenidos son de interés clínico. Sin embargo, somos conscientes de las limitaciones metodológicas que presenta la investigación actual, por ejemplo, el carecer de grupo control, el escaso número de participantes, la no selección aleatoria de participantes, etc. Esto nos hace ser prudentes al valorar las conclusiones obtenidas. Estas carencias deben ser objeto de mejoras en próximas investigaciones y así obtener conclusiones lo más útiles posibles de cara a ofrecer un mejor servicio público.

El grupo ha estado diseñado para atender a pacientes gravemente deprimidos y, con preferencia, a los que presentan un reducido o inexistente vínculo social, sin alicientes vitales, centrados en su propio malestar y sin referencias externas donde apoyarse y enfrentarse a su sufrimiento. Se le une una importante afectación en su funcionamiento psicosocial y una escasa respuesta a los tratamientos individuales ofrecidos en la Unidad de Salud Mental Comunitaria.

La valoración inicial a través de las entrevistas individuales, con un adecuado análisis de las necesidades y expectativas de los pacientes, ha posibilitado una mejor adherencia, eliminando las ideas preconcebidas y temores que pudieran influir en un abandono precipitado.

La intervención ha supuesto un trabajo en la fase aguda, para disminuir la gravedad del cuadro depresivo, y en fase de continuación de tratamiento con el objetivo final de mejorar los logros obtenidos, prevenir reagudizaciones y mejorar su calidad de vida. Éstos objetivos han sido alcanzados de forma significativa, como se ha observado en los resultados que hemos expuesto. Todos los miembros del grupo refieren disfrutar

de una mejoría que no presentaban desde hacia varios años. Así mismo, nuestra impresión clínica nos indica que a más tiempo e implicación en el grupo mayor la mejoría alcanzada.

La asistencia al grupo les ha permitido recuperar contactos sociales, sirviéndole como “trampolín” para retomar contactos, por ejemplo, con amistades previas. Se ha observado, por consiguiente, un aumento de su nivel de apoyo social que no presentaban en muchos años. Les ha supuesto volver a tener una vida más plena.

Los factores relativos al género han surgido de forma espontánea a lo largo de las sesiones. Todos han compartido sus temores debido a la vergüenza que les suponía reconocer un sufrimiento, vetado a ellos por su condición masculina. Refieren estar más dispuestos a expresar sus sentimientos sin que ello les suponga un menoscabo en su autoconcepto.

Las modificaciones en los tratamientos farmacológicos, en caso de realizarse, fue de disminución de dosis de antidepresivos o eliminación de ansiolíticos. Ese fue el caso de cuatro pacientes. Por lo que las mejorías presentadas no se pueden atribuir a un posible aumento de la medicación.

Por otro lado, no hay que olvidar la relevancia en todo proceso grupal de los factores curativos que se encuentran presentes en la eficacia de una intervención de grupo, estudiados extensamente por Irving D. Yalom (1986). Hemos sido sensibles a los comentarios espontáneos verbalizados por los pacientes durante las distintas sesiones sobre que aspectos presentes en el grupo eran más relevantes en su mejoría. Podemos destacar que factores terapéuticos como la universalidad, el intercambio de información, el altruismo, la comprensión sobre sí mismo y el aprendizaje interpersonal han sido los

más presentes. Estos datos siguen la línea de otros estudios (Colli y Zaldivar, 2002).

Todo lo anterior nos alienta a seguir trabajando en la dirección iniciada, perfilando el tratamiento actual para ofrecer una mejor asistencia a los hombres que sufren depresiones crónicas y graves, e intentando ampliar el tratamiento al mayor número de pacientes. Una buena colaboración entre los distintos profesionales, unido a unos objetivos claros y específicos de tratamiento con una perspectiva biopsicosocial, desde la que se pueda observar sin prejuicios la problemática de nuestros pacientes y una buena motivación, son elementos fundamentales para que los pacientes puedan beneficiarse de la mejor asistencia posible. Un trabajo duro, pero ateniéndonos a los resultados obtenidos, merece la pena el esfuerzo realizado.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition, Text Revision)*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- Aragonés Benaiges, E., Gutiérrez Pérez, M., Pino Fortuny, M., Lucena Luque, C. y Cervera Virgili, J. I. (2001). Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Atención Primaria*, 27(9), 623-628.
- Arnou, B.A. y Constantino, M.J. (2003). Effectiveness of Psychotherapy and combination Treatment for Chronic Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 893-905.
- Cochran, S.V. y Rabinowitz, F.E. (2002). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.

- Colli Alonso, M. y Zaldívar Pérez, D. (2002). Factores curativos en psicoterapia de grupo: su evaluación y análisis en una muestra de alcohólicos rehabilitado. *Adicciones*, 14 (3), 381-391.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.S., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P. A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. y Parloff, M.B. (1989). Treatment of Depression Collaborative Reseach Program. General Effectiveness of treatments. *NIMH Archives of General Psychiatry*, 46, 973-982.
- Guy, W. (1976). *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual*. Rockville: National Institute Mental Health.
- Karasu, T.B., Docherty, J.P., Gelenberg, A., Kupfer, D.J., Merriam, A.E. y Shadoan, R. (1993). Practice guideline for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150 (1), 1-26.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., Arnow, B., Dunner, D.L., Gelenberg, A.J., Markowitz, J., Nemeroff, C.B., Russell, J.M., Thase, M.E., Trivedi, M.H., Zajecka, J., Blalock, J.A., Borian, F.E., Fawcett, J., Hirschfeld, R., Jody, D.N., Keitner, G., Kocsis, J.H., Koran, L.M., Kornstein, S.G., Manber, R., Miller, I., Ninan, P.T., Rothbaum, B., Rush, A.J., Schatzberg, A.F. y Vivian, D. (2002). A comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and their combination for treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Klerman, G.L. y Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. *JAMA*, 261, 2229-2235.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Nueva York: Basic Books.
- Kornstein, S.G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 12-18.
- Montgomery, S.A y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-289.
- Minino, A.M., Arias, E., Kochanek, K.D., Murphy, S.L. y Smith, B.L. (2002). *Deaths: final for data for 2000. National Vital Statistics Reports*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- NICE (2004). *Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline*, 23.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *La Clasificación CIE-10 de los Trastornos Mentales y del Comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación*. Ginebra: OMS.
- Paykel, E.S. y Cooper, Z. (1992). Life events and social stress. En E.S. Paykel (Ed.), *Hanbook of affective disorders*. Edinburgo: Churchill Livingstone.
- Robins, L. y Regier, D. (1991). *Psychiatric disorders in America*. Nueva York: Free Press.
- Romero Gamero, R. y Salas Azcona, R. (2003). El lugar de la terapia de grupo en la asistencial integral al enfermo mental. Una reflexión desde la formación en salud mental. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG)*, 21, 71-78.

- Schramm, E. (1998). *Psicoterapia Interpersonal*. Barcelona: Masson.
- Sheehan, D.V., Hamett-Sheehan, K. y Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(3), 89-95.
- Shelton R. (2006). Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. *Prim. Psychiatry*, 12(4), 73-82.
- Thase, M.E., Greenhouse, J.B., Frank, E., Reynolds, C.F., Pilkonis, P.A., Hurley, K., Grochocinski, V. y Kupfer DJ (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archive of General Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- Yalom, I.D. (1986). *Teoría y práctica de la Psicoterapia de Grupo*. México: Fondo Cultura Económica.