



IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO (II)

Jesús Sanz y María Paz García-Vera
Universidad Complutense de Madrid

Este trabajo y su primera parte (Sanz y García-Vera, 2017) analizan la veracidad de diez ideas sobre la depresión y su tratamiento que se defienden en medios de comunicación de amplia difusión en Internet o en algunas guías de práctica clínica y manuales de psicopatología o psiquiatría de prestigio. Estas ideas obstaculizan que los pacientes accedan a un tratamiento adecuado para su depresión y favorecen la medicalización del mismo en detrimento de los tratamientos psicológicos. En este segundo trabajo se contrastan seis ideas sobre el tratamiento de la depresión con los resultados de la literatura científica. Una revisión de esta literatura indica que, contrariamente a esas ideas, la psicoterapia cura la depresión y, al menos en el caso de la terapia cognitivo-conductual, es eficaz tanto en la depresión leve o moderada como en la grave, es igual de eficaz que la medicación antidepressiva, previene mejor que esta las recaídas y recurrencias, y suele ser un tratamiento de corta duración. Los resultados de esta revisión se discuten en el contexto de la necesidad y de las dificultades para transmitir información sobre la salud basada en los conocimientos científicos vigentes.

Palabras clave: Depresión, Psicoterapia, Medicación antidepressiva, Eficacia, Conocimientos sobre salud.

This paper and its first part (Sanz & García-Vera, 2017) analyze the veracity of ten ideas about depression and its treatment that are defended in media widely available on the Internet or in some prestigious clinical practice guidelines or manuals of psychopathology or psychiatry. These ideas hinder patients' access to appropriate treatment for their depression and favor the medicalization of this treatment over the use of psychological therapies. In this second paper, six ideas about the treatment of depression are contrasted with the results of the scientific literature. A review of this literature indicates that, contrary to these ideas, psychotherapy cures depression and, at least in the case of cognitive-behavioral therapy, is efficacious in both mild-to-moderate and severe depression, is equally as efficacious as antidepressant medication, prevents relapse and recurrences better than antidepressant medication, and is usually a short-term treatment. The results of this review are discussed in the context of the need for and difficulties in transmitting health information based on existing scientific knowledge.

Key words: Depression, Psychotherapy, Antidepressant medication, Efficacy, Health literacy.

El objetivo de este trabajo y su primera parte (Sanz y García-Vera, 2017) era contrastar con los conocimientos científicos actuales algunas ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento que obstaculizan que los pacientes accedan a un tratamiento adecuado para su depresión, que favorecen la medicalización del mismo en detrimento de los tratamientos psicológicos y que son defendidas por medios de comunicación de amplia difusión en Internet como, por ejemplo, el portal de Internet *DMedicina* asociado al diario *El Mundo*, o por algunas guías de práctica clínica o manuales de psicopatología o psiquiatría de prestigio y amplia difusión (p. ej., American Psychiatric Association, 2010; González Pinto, López Peña y Zorrilla Martínez, 2009; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto [Grupo de trabajo], 2014; Valle-

jo Ruiloba, 2005; Vallejo y Urretavizcaya, 2015). Para ello, en la primera parte de este trabajo se revisaron, a la luz de los datos que actualmente ofrece la literatura científica, cuatro de esas ideas relacionadas con la naturaleza de la depresión. En esta segunda parte, se hará lo mismo con seis de esas ideas que versan sobre el tratamiento de la depresión. Estas últimas se recogen en la tabla 1, así como las respuestas a las mismas que, como se mostrará más adelante, se corresponden con la literatura científica actual.

IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

La psicoterapia no cura la depresión

Para *DMedicina* la psicoterapia no cura la depresión y sus argumentos para justificar esa afirmación son que:

No hay ningún estudio que demuestre que las técnicas psicológicas erradicar una depresión mayor. Sin embargo, son muy útiles en las personas que sufren ciertos síntomas depresivos, como los trastornos de adaptación (efectos de alguna circunstancia personal adversa). En los casos de depresión mayor lo único que se ha demostrado eficaz es el tratamiento farmacológico. (Re-dacción de *DMedicina*, 2015, párr. 13)

Recibido: 7 agosto 2016 - Aceptado: 21 abril 2017

Correspondencia: Jesús Sanz. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón. Madrid. España. E-mail: jsanz@psi.ucm.es

Este trabajo ha sido posible en parte gracias a una ayuda de investigación del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2014-56531-P).



Sin embargo, contrariamente a lo argumentado por *DMedicina*, es falso que no haya estudios que demuestren que las terapias psicológicas son eficaces para la depresión mayor. Por ejemplo, en el metaanálisis de Cuijpers, Berking et al. (2013) sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la depresión en adultos, se analizaron los resultados de 115 estudios, de los cuales 50 se habían realizado con pacientes con un trastorno depresivo mayor diagnosticado y 29 con pacientes con un trastorno del estado de ánimo diagnosticado. Los resultados de este metaanálisis mostraron claramente que la TCC era significativamente más eficaz que la condición de lista de espera (g de Hedges = 0,83), el placebo ($g = 0,51$) o el tratamiento habitual ($g = 0,59$). Este último englobaba intervenciones muy diversas, desde antidepresivos u otros psicofármacos recetados por médicos de familia hasta sesiones únicas de psicoeducación o folletos con información sobre recursos terapéuticos. Los resultados también mostraron que la TCC era igualmente eficaz en pacientes con niveles altos de sintomatología depresiva medida por un cuestionario ($g = 0,71$) que en pacientes con un trastorno diagnosticado ($g = 0,70$). El estadístico g de Hedges es una variante del estadístico de tamaño del efecto d de Cohen que en su cálculo tiene en cuenta el tamaño de las muestras para así corregir los sesgos debidos al uso de muestras pequeñas. Ambos estadísticos representan la diferencia estandarizada entre dos medias, de manera que un valor de g o d igual a 1 indicaría, por ejemplo, que, en el postratamiento, la puntuación media en una medida de depresión del grupo de pacientes en lista de espera es una desviación típica mayor que la puntuación media del grupo de paciente que recibe TCC. Habitualmente, se considera que un valor de g o d igual a 0,20 representa un tamaño del efecto pequeño, un valor de 0,50 un tamaño medio o moderado y un valor de 0,80 un tamaño grande (Co-

hen, 1988), por lo que las diferencias en beneficios terapéuticos que antes se mencionaban entre la TCC y la condición de lista de espera, la intervención habitual o el placebo (entre $g = 0,51$ y $g = 0,83$) pueden considerarse entre moderadas y grandes según los estándares del tamaño del efecto.

En la misma dirección que el estudio de Cuijpers, Berking et al. (2013), en un reciente metaanálisis de Johnsen y Friborg (2015) se demostraba, a partir de los resultados de 43 estudios, que, al finalizar la TCC, el 57% de los pacientes podría considerarse recuperados de su depresión, definida dicha recuperación como una puntuación postratamiento en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) menor de 10 o incluso menor de 7.

Aunque la TCC es la terapia psicológica sobre la que existen más estudios que demuestran su eficacia para la depresión, no es la única que cuenta con tales estudios. En las revisiones metaanalíticas realizadas por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido para elaborar su guía de práctica clínica para la depresión en adultos, se analizaron un total de 64 ensayos clínicos sobre la eficacia de tres tipos de terapias: 46 sobre la TCC, 4 sobre la terapia de activación conductual y 14 sobre la terapia interpersonal, de los cuales 41, 4 y 12 ensayos, respectivamente, fueron realizados exclusivamente con pacientes que tenían un trastorno depresivo mayor diagnosticado (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010). Además, los resultados de las revisiones del NICE confirmaron la eficacia de las tres terapias, de ahí que fueran recomendadas por su guía como tratamientos para la depresión en adultos.

Es más, en la actualidad, la lista de terapias psicológicas que curan la depresión es aún más larga. La División 12 (Sociedad de Psicología Clínica) de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha propuesto una serie de criterios para establecer los tratamientos psicológicos “bien establecidos” en cuanto a su eficacia para un trastorno psicológico (ahora denominados tratamientos con “apoyo fuerte de la investigación”), el primero de los cuales es que deben existir al menos dos estudios experimentales intergrupos bien realizados (estudios con grupo de control y aleatorización de los pacientes a los grupos, también denominados ensayos clínicos controlados) que demuestren la eficacia del tratamiento psicológico bien mostrando su superioridad (estadísticamente significativa) frente a un tratamiento farmacológico, un placebo psicológico u otro tratamiento psicológico, o bien mostrando su equivalencia frente a un tratamiento ya establecido en experimentos con muestras de tamaño adecuado. Teniendo en cuenta esos criterios, la División 12 considera que, actualmente, las siguientes terapias psicológicas han demostrado empíricamente su eficacia para la depresión en adultos (Division 12 of the APA, 2016):

- ✓ Terapia de activación conductual (o terapia de conducta)
- ✓ Terapia cognitivo-conductual (o terapia cognitiva)
- ✓ Terapia interpersonal
- ✓ Terapia de solución de problemas
- ✓ Sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual de McCollough
- ✓ Terapia de autocontrol de Rehm

TABLA 1

IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Idea	Respuesta supuestamente correcta	Respuesta según la literatura científica
1. La psicoterapia no cura la depresión.	Verdadera	Falsa
2. La psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepresiva.	Verdadera	Falsa
3. La psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, sino tan solo en la leve o moderada.	Verdadera	Falsa
4. La psicoterapia previene peor las recaídas y recurrencias que la medicación antidepresiva.	Verdadera	Falsa
5. El tratamiento de la depresión es largo.	Verdadera	Falsa en parte
6. El psicólogo no es el profesional que trata la depresión.	Verdadera en parte	Falsa



Por su parte, Barth et al. (2013) realizaron un metaanálisis clásico y otro en red sobre la eficacia de la psicoterapia para pacientes adultos con depresión. En los metaanálisis en red se utilizan técnicas novedosas de análisis que, a partir de una red de estudios que examinan los efectos de diversos tratamientos, permiten incorporar la información procedente de comparaciones directas (p. ej., la comparación entre el tratamiento A y el B analizada en un mismo estudio) y la procedente de comparaciones indirectas (p. ej., la comparación de los tratamientos A y B derivada de estudios que comparan cualquiera de esos dos tratamientos con una condición común C, por ejemplo, con una condición de control o con otro tratamiento). Barth et al. (2013) identificaron 198 ensayos clínicos, con un total de 15.118 pacientes, en los que se había comparado una intervención psicoterapéutica con una condición de control de lista de espera, de atención habitual o de placebo o con otro tratamiento psicológico. Como ocurría en el metaanálisis de Cuijpers, Berking et al. (2013), la atención habitual era una categoría muy heterogénea que comprendía desde intervenciones con antidepresivos u otros psicofármacos recetados por médicos de familia hasta sesiones únicas de psicoeducación o folletos con información sobre recursos terapéuticos. Los resultados del metaanálisis en red revelaron que siete psicoterapias mostraban beneficios terapéuticos superiores significativamente a la condición de lista de espera y con una diferencia entre moderada y grande (entre $d = -0,62$ y $d = -0,92$, ya que en estas comparaciones un tamaño del efecto menor que 0 indicaba que la psicoterapia era más eficaz que la lista de espera). De esas siete psicoterapias, cuatro eran las ya mencionadas antes: TCC, activación conductual, terapia interpersonal y terapia de solución de problemas, a las cuales habría que añadir la terapia psicodinámica, el entrenamiento en habilidades sociales y el consejo psicológico. Es más, la eficacia de la psicoterapia fue similar en los estudios con pacientes con niveles elevados de sintomatología depresiva que en los estudios con pacientes con un diagnóstico de trastorno depresivo, de manera que en estos últimos, y a excepción del entrenamiento en habilidades sociales, todas las psicoterapias mostraron beneficios terapéuticos superiores a las condiciones de control en su conjunto, y con diferencias entre moderadas y grandes (entre $d = -0,69$ y $d = -1,14$). No obstante, de las siete psicoterapias, la TCC fue la que mostraba los resultados de eficacia más robustos. Así, la TCC fue la única psicoterapia que en ambos tipos de metaanálisis (clásico y en red) se mostró significativamente superior a los tres tipos de condiciones de control: lista de espera, atención usual y placebo (tabla 3 de Barth et al., 2013). Además, la TCC fue una de las tres psicoterapias que se mostraron eficaces (junto a la interpersonal y la de solución de problemas) cuando los análisis se restringieron a los estudios que habían incluido grupos de tratamiento de al menos 50 pacientes, para así poder controlar los sesgos encontrados debidos al uso de muestras pequeñas.

En resumen, con los datos actualmente disponibles, se puede concluir que la psicoterapia sí cura la depresión, o al menos sí lo hacen las terapias que han demostrado empíricamente su

eficacia. Por tanto, la idea de que la psicoterapia no cura la depresión es FALSA.

La psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepresiva

Al contrario de lo que sugieren ciertas guías de práctica clínica y ciertos manuales de psiquiatría o psicopatología (American Psychiatric Association, 2010; González Pinto et al., 2009; Vallejo Ruiloba, 2005; Vallejo y Urretavizcaya, 2015), la literatura científica actual demuestra que algunas de las terapias psicológicas que han demostrado sólidamente su eficacia para la depresión mayor son iguales de eficaces que los antidepresivos. En el metaanálisis de Cuijpers, Berking et al. (2013) se identificaron 20 estudios que habían comparado la eficacia de la TCC respecto a los antidepresivos y la diferencia entre ambas terapias resultó ser no significativa y de un tamaño del efecto casi nulo ($g = 0,03$). Esta ausencia de diferencias significativas fue independiente del tipo de instrumento de medida ($g = 0,06$ y $0,13$ para la HRSD y el BDI, respectivamente), del tipo de medicación antidepresiva de comparación ($g = 0,15$ y $0,05$ para, respectivamente, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina o ISRS), del tipo de TCC ($g = 0,0$ y $0,07$ para la terapia cognitiva de Beck y otros tipos de TCC, respectivamente) o del procedimiento de reclutamiento de los pacientes ($g = -0,08$ y $0,04$ para muestras comunitarias y clínicas, respectivamente). En todas esas comparaciones, un tamaño del efecto (g) mayor que 0 indicaba que la TCC era más eficaz, aunque no de forma estadísticamente significativa, que la medicación antidepresiva.

Es cierto que en el caso de la terapia interpersonal los resultados son menos claros. En su metaanálisis sobre su eficacia para la depresión, Cuijpers et al. (2011) tan solo encontraron 10 estudios que habían comparado dicha terapia con la medicación antidepresiva y, aunque la diferencia entre ambas resultó ser no significativa ($p > ,05$) y muy por debajo del criterio para un tamaño del efecto pequeño ($g = -0,12$), incluso cuando únicamente se tuvieron en cuenta los pacientes con trastorno depresivo mayor y se excluyeron los pacientes con trastorno distímico ($p > ,05$; $g = -0,12$) o cuando únicamente se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos con la HRSD ($p > ,05$; $g = -0,16$), en los tres casos la tendencia favorecía a los antidepresivos, tendencia que en la comparación global llegó a ser significativa cuando se eliminó un estudio con resultados atípicos ($p < ,05$; $g = -0,19$). En todas estas comparaciones, un tamaño del efecto (g) menor que 0 indicaba que la medicación antidepresiva era más eficaz que la terapia interpersonal, aunque no necesariamente de forma estadísticamente significativa; esto solo ocurrió cuando se eliminó el estudio con resultados atípicos.

En cualquier caso, los resultados para la TCC claramente indican que esta terapia psicológica es igual de eficaz para la depresión que los antidepresivos y, por tanto, la idea de que la psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepresiva es FALSA, ya que al menos es falsa en relación con la TCC.



La psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, sino tan solo en la leve o moderada

La idea errónea de que los tratamientos psicológicos solo son eficaces para los trastornos depresivos leves o moderados, pero no para los graves, se ha perpetuado en algunas guías de práctica clínica de prestigio (American Psychiatric Association, 2010; Grupo de trabajo, 2014; Vallejo Ruiloba, 2005) y en algunos manuales de psicopatología o psiquiatría de amplia difusión (González Pinto et al., 2009; Vallejo y Urretavizcaya, 2015). Sin embargo, esa idea no se corresponde con lo que indica la literatura científica disponible. Por ejemplo, Driessen, Cuijpers, Hollon y Dekker (2010) analizaron los resultados de 132 estudios aleatorizados en los cuales se había comparado un tratamiento psicológico (la mayoría TCC) con una condición de control y que sumaban en total 10.134 pacientes. En su metaanálisis, no encontraron ningún dato que indicara que el nivel inicial de sintomatología depresiva predijera el tamaño de la diferencia postratamiento entre los beneficios terapéuticos del tratamiento psicológico y los de la condición de control, incluso tras controlar las características más relevantes de dichos estudios y constatar que los niveles iniciales de depresión en esos estudios oscilaban entre niveles leves y niveles muy graves de sintomatología depresiva según los criterios de diferentes instrumentos (las puntuaciones medias en el pretratamiento en los diferentes estudios oscilaron en el BDI entre 14 y 36, en el BDI-II entre 18 y 36, y en la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton o HRSD entre 8 y 31, siendo las puntuaciones de corte que indican depresión grave, según diversos criterios, de 24 o 30 para el BDI, de 29 para el BDI-II y de 18, 19, 23 o 25 para la HRSD; Sanz, 2013).

De hecho, entre los estudios que compararon directamente la diferencia entre el tratamiento psicológico y la condición de control en pacientes con niveles más graves y menos graves de depresión, Driessen et al. (2010) no encontraron que la diferencia tratamiento-control fuera significativamente distinta para los pacientes con depresión más grave que para los pacientes con depresión menos grave ($d = 0,39$ frente a $0,23$, respectivamente; $p = ,31$), siendo, además, ambas diferencias tratamiento-control estadísticamente significativas ($p = ,01$ y $p = ,03$, respectivamente). Es más, contrariamente a lo que defiende la idea errónea de que el tratamiento psicológico no es eficaz para la depresión grave, entre los estudios que en concreto hallaron que el tratamiento psicológico era significativamente superior a la condición de control y que compararon directamente esa diferencia en pacientes con niveles más graves y menos graves de depresión, Driessen et al. (2010) encontraron que la diferencia tratamiento-control fue significativamente mayor para los pacientes con depresión más grave que para los pacientes con depresión menos grave ($d = 0,63$ frente a $0,22$, respectivamente; $p = ,05$).

Sin embargo, el origen de la idea errónea de que los tratamientos psicológicos no son eficaces para los trastornos depresivos graves no parece estar basada en los estudios que comparan la eficacia de los tratamientos psicológicos para pacientes con distinto nivel de gravedad en su depresión, sino

que probablemente se remonta a algunos de los resultados del clásico estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin et al., 1995) que comparaban la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos frente a la medicación antidepressiva en pacientes con depresión grave. En este estudio se encontró que, entre los pacientes con depresión grave según la HRSD (con una puntuación pretratamiento ≥ 20), la medicación antidepressiva (la imipramina, un antidepressivo tricíclico) fue más eficaz que la TCC ($p < ,03$), obteniéndose en el postratamiento una puntuación media en la HRSD, ajustada por las puntuaciones pretratamiento, significativamente menor con la imipramina que con la TCC (14 frente a 10,7; DeRubeis, Gelfand, Taung y Simons, 1999). Sin embargo, estos resultados han sido muy cuestionados ya que, en primer lugar, en dicho estudio no estaba claro que se encontrarán tales diferencias cuando la depresión se midió con el BDI (Elkin et al., 1995, pero véase DeRubeis et al., 1999). Efectivamente, según DeRubeis et al. (1999), entre los pacientes con depresión grave en el BDI (con una puntuación pretratamiento ≥ 30), la imipramina no fue más eficaz que la TCC, obteniéndose en el postratamiento una puntuación media en el BDI, ajustada por las puntuaciones pretratamiento, similar con la imipramina que con la TCC (17,5 frente a 18). En segundo lugar, en un seguimiento realizado a los 18 meses (Shea et al., 1992), no se encontraron diferencias entre la imipramina y la TCC en los beneficios terapéuticos obtenidos, independientemente de que tales beneficios fueran medidos con la HRSD o el BDI o lo fueran en pacientes con una depresión menos grave o más grave.

Pero más allá de los diferentes análisis realizados en el estudio del NIMH, lo importante es que estudios posteriores han confirmado que no existen diferencias entre la medicación antidepressiva y la TCC en cuanto a su eficacia en pacientes con trastorno depresivo mayor grave. Por ejemplo, DeRubeis et al. (1999) realizaron un metaanálisis de cuatro estudios realizados al respecto, incluyendo estudio del NIMH, es decir, un análisis sobre los datos originales de los pacientes con depresión grave de esos cuatro estudios. Los resultados de su metaanálisis indicaban que entre los pacientes con depresión grave, tanto según la HRSD (puntuación pretratamiento ≥ 20) como según el BDI (puntuación pretratamiento ≥ 30), la medicación antidepressiva no fue más eficaz que la TCC, obteniéndose en el postratamiento unas puntuaciones medias, ajustadas por las puntuaciones pretratamiento, similares en la HRSD (12,7 frente a 12,1), e incluso con una tendencia a una mayor eficacia de la TCC en el BDI (18 frente a 14,5), aunque en ambos casos las diferencias fueron estadísticamente no significativas ($p = ,67$ para la HRSD y $p = ,21$ para el BDI).

Más recientemente, en un metaanálisis de Weitz et al. (2015) sobre los datos individuales de los pacientes de 16 ensayos clínicos en los cuales se comparó la eficacia de la TCC y la medicación antidepressiva en un total de 1.700 pacientes ambulatorios con un trastorno depresivo diagnosticado, se encontró que la gravedad de la depresión no moderaba las diferencias entre ambos tratamientos en la reducción de síntomas



depresivos o en la probabilidad de respuesta o remisión tras dichos tratamientos. Por consiguiente, estos datos demuestran, tal y como concluían sus autores, que “no hay datos suficientes para recomendar la ADM [medicación antidepresiva] sobre la CBT [TCC] en pacientes ambulatorios en función únicamente de la gravedad en la línea base” (Weitz et al., 2015, p. 1108).

En definitiva, según la literatura científica actual: (a) los tratamientos psicológicos son iguales de eficaces para la depresión menos grave que para la más grave, y (b) la medicación antidepresiva y la TCC no difieren en su eficacia en el tratamiento agudo de los pacientes con trastorno depresivo mayor grave. Por tanto, la idea de que la psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, sino tan solo en la leve o moderada, es FALSA, ya que es eficaz en todos los niveles de gravedad de la depresión y, en el caso de la TCC, es igual de eficaz para la depresión grave que la medicación antidepresiva.

La psicoterapia previene peor las recaídas y recurrencias que la medicación antidepresiva

En algunos manuales de psiquiatría y psicopatología se afirma que la terapia farmacológica de larga duración es el único tratamiento que se ha mostrado eficaz para la prevención de las recaídas y recurrencias de la depresión; en otros, se cuestiona el papel de la psicoterapia en los tratamientos de continuación y mantenimiento dirigidos a la prevención de las recaídas/recurrencias de la depresión, y, finalmente, en otros, simplemente no se menciona a la psicoterapia cuando se exponen las alternativas para esos tratamientos (González Pinto et al., 2009; Vallejo Ruiloba, 2005; Vallejo y Urretavizcaya, 2015). Por esta razón, es probable que a muchos profesionales clínicos les sorprenda saber que la idea de que la psicoterapia previene peor las recaídas y recurrencias que la medicación antidepresiva es realmente una idea equivocada. Sin embargo, a pesar de que hay mucha menos investigación sobre los efectos preventivos de los tratamientos que sobre sus efectos agudos, la literatura científica actual sugiere claramente que la TCC es más eficaz para prevenir las recaídas y recurrencias de la depresión que la administración aguda de medicación antidepresiva, y que su eficacia en este aspecto es igual, o incluso mayor, que la administración continuada de medicación antidepresiva durante 6 o 12 meses adicionales tras la finalización del tratamiento agudo. Así, en un metaanálisis de Cuijpers, Hollon et al. (2013) se demostró que, entre los pacientes con un trastorno depresivo diagnosticado, aquellos tratados con TCC tenían, al año de haber acabado el tratamiento y de manera significativa, casi tres veces (OR = 2,6) más probabilidades de no sufrir una recaída o de haberse recuperado de la depresión que los pacientes tratados con antidepresivos, y casi dos veces (OR = 1,62) más probabilidades de no sufrir una recaída o de haberse recuperado que los pacientes tratados con antidepresivos de manera continuada durante 6 meses a un año, aunque esta última diferencia no alcanzó el nivel convencional de significación estadística ($p = ,07$).

Dada la escasez de investigación respecto a los efectos preventivos de los tratamientos, no es posible actualmente saber si esa superioridad que muestra la TCC es también generalizable

a otras terapias psicológicas que han demostrado empíricamente su eficacia en el tratamiento agudo de la depresión (p. ej., la terapia interpersonal). Sin embargo, es probable que esto sea así, ya que en un reciente metaanálisis sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para prevenir las recaídas en adultos que se habían recuperado de una depresión, tanto la TCC como la terapia interpersonal y la terapia cognitiva basada en la atención plena (*mindfulness*) consiguieron, a los 12 meses, una reducción significativa del 22% de las recaídas en comparación con las condiciones de control, entre las cuales se incluía el tratamiento habitual, el apoyo no específico y la evaluación continuada, pero también los fármacos antidepresivos (Clarke, Mayo-Wilson, Kenny y Pilling, 2015). En cualquier caso, el hecho de que la TCC sí haya demostrado esa superioridad permite concluir que la idea de que la psicoterapia previene peor las recaídas y recurrencias que la medicación antidepresiva es FALSA, ya que al menos la TCC es más eficaz previniendo las recaídas y recurrencias de la depresión que el tratamiento agudo con medicación y, cuanto menos, es igual de eficaz que el tratamiento continuado con medicación.

El tratamiento de la depresión es largo

La idea de que el tratamiento de la depresión es largo es defendida por *DMedicina* basándose en los siguientes argumentos:

La terapia de una depresión mayor (grave) debe realizarse durante al menos un año. Esta duración se debe a que es una enfermedad recurrente (que vuelve a aparecer). Por eso cuando surge por primera vez, la terapia se prolonga un año y en las sucesivas recidivas (reapariciones de la enfermedad) aún serán más prolongadas. (Redacción de *DMedicina*, 2015, párr. 5)

Es cierto que el trastorno depresivo mayor muestra una tasa muy elevada de recaídas y recurrencias. Entre el 40% y el 60% de los pacientes que han sufrido un primer episodio depresivo mayor, tendrán en el futuro al menos otro episodio, y, tras el segundo y tercer episodio, el riesgo de recaída o recurrencia asciende al 60 y 90%, respectivamente (Eaton et al., 2008; Solomon et al., 2000). También es cierto que para combatir esas elevadas tasas de recaídas/recurrencias, la continuación de la medicación antidepresiva durante al menos 6 meses tras la remisión de un episodio depresivo se ha mostrado eficaz, e incluso su continuación durante al menos 2 años si hay un riesgo muy alto de recaídas/recurrencias (p. ej., si se han sufrido dos o más episodios depresivos en el pasado reciente y durante los mismos se ha experimentado un deterioro funcional significativo) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010).

Sin embargo, las terapias psicológicas que actualmente se consideran eficaces para la depresión y que se mencionaron antes, son terapias breves que, habitualmente, se aplican en 16-20 sesiones, a razón de una sesión semanal, realizadas durante 3-4 meses. Por ejemplo, en el metaanálisis de Johnsen y Friborg (2015), la duración media de la TCC fue de aproximadamente 15 sesiones; en el de Cuijpers, Berking et al. (2013), casi dos tercios de los estudios aplicaron la TCC entre 8 y 16 sesiones, y, en el de Cuijpers et al. (2011), más del



70% de los estudios aplicaron la terapia interpersonal entre 8 y 16 sesiones.

Es más, tal y como se comentó en un punto anterior, la TCC tiene con esa corta duración o, como mucho, con la inclusión de 3 o 4 sesiones de refuerzo adicionales, efectos preventivos que reducen significativamente el riesgo de recaídas o recurrencias, de manera que su eficacia al respecto es igual, o incluso mayor, que la administración continuada de antidepresivos durante 6-12 meses adicionales. Por ejemplo, Hollon et al. (2005; DeRubeis et al., 2005) encontraron, en una muestra de pacientes con un trastorno depresivo mayor moderado o grave, que con 16 sesiones de TCC, el 58% de los pacientes mejoraron y, con tan solo 3 sesiones de TCC de refuerzo durante el siguiente año, el 69,2% de los pacientes que habían mejorado no recayeron a los dos años de haber finalizado el tratamiento inicial, porcentaje significativamente mayor que el encontrado entre los pacientes que habían recibido inicialmente medicación antidepresiva (23,8%), y también mayor, aunque no significativamente, que el encontrado entre los pacientes que además habían recibido medicación antidepresiva de forma continuada durante el siguiente año (52,8%).

En resumen, aunque el tratamiento psicológico de la depresión podría alargarse en función de las características del caso (p. ej., con una comorbilidad elevada y un deterioro funcional muy importante), habitualmente es un tratamiento corto y, por tanto, la idea de que el tratamiento de la depresión es largo es FALSA EN PARTE, al menos en lo tocante a la psicoterapia.

El psicólogo no es el profesional que trata la depresión

Los argumentos de *DMedicina* para defender la idea de que el psicólogo no es el profesional que trata la depresión son los siguientes:

El psicólogo puede hacerse cargo de los trastornos depresivos, un cuadro de alteraciones menos grave que la depresión. Esta es objeto de los psiquiatras, aunque los médicos de familia son los que detectan con más frecuencia la enfermedad (Redacción de *DMedicina*, 2015, párr. 11)

Más allá de la confusión respecto a las diferencias entre los conceptos de depresión, trastorno depresivo y trastorno depresivo mayor (García-Vera y Sanz, 2016), lo que subyace tras esa argumentación y otras mencionadas anteriormente son dos ideas erróneas. La primera, que los tratamientos psicológicos solo son eficaces para los trastornos depresivos leves o moderados, pero no para los graves (idea ya desmentida en el apartado 3). La segunda, que la depresión grave es una enfermedad y, por lo tanto, solo puede tratarse con fármacos y, por ende, solo la pueden tratar los médicos. Sin embargo, como ya se vio de forma más detallada en la primera parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2017), esta segunda idea es una hipótesis que no ha sido demostrada aun.

Incluso en algunos ámbitos psicológicos forenses y en el contexto de la discusión del famoso caso conocido como "Osheroff contra el Hospital Chesnut Lodge" (Klerman, 1990), los autores de este artículo tienen la experiencia de haber oído afirmaciones

del tipo "se puede demandar a un psicólogo o psiquiatra por tratar solo con psicoterapia un trastorno depresivo mayor". En 1982, un nefrólogo estadounidense llamado Raphael Osheroff y que sufría una depresión mayor, demandó al hospital en el que había estado recibiendo durante siete meses psicoterapia psicoanalítica intensiva (4 sesiones a la semana), porque esta terapia no le había hecho mejorar de su depresión y, por el contrario, sí había mejorado cuando fue posteriormente transferido a otro hospital y recibió medicación antidepresiva. Además, la demanda de Osheroff también estaba centrada en el hecho de que el hospital no le había dado información sobre otras alternativas terapéuticas para su trastorno y, en particular, sobre la medicación antidepresiva, incluso cuando después de siete meses la psicoterapia psicoanalítica no estaba funcionando (Klerman, 1990). Dejando al margen este último aspecto de la demanda relacionado con la falta de información, el estado actual de los conocimientos científicos permite afirmar que, hoy en día, no sería posible demandar a un psicólogo o psiquiatra por tratar un trastorno depresivo mayor únicamente con terapia psicológica, en concreto con una de las terapias mencionadas más arriba y que tienen un apoyo empírico fuerte respecto a su eficacia para la depresión. Estas terapias, en solitario, son un tratamiento de primera elección para el trastorno depresivo mayor. Esto no implica que no se pueda plantear una demanda a un profesional por no ofrecer al paciente información sobre otras alternativas terapéuticas, especialmente si el tratamiento no está funcionando, pero esta posibilidad hay que contemplarla tanto para la psicoterapia como para la medicación antidepresiva, y, por supuesto, eso no implica que, después de un tiempo razonable sin obtener los resultados esperados, no se deba modificar el tratamiento y utilizar otras alternativas terapéuticas eficaces como, por ejemplo, la combinación de psicoterapia y medicación antidepresiva. Sin embargo, esta modificación y esta combinación hay que contemplarlas, de nuevo, tanto cuando falla la psicoterapia como cuando lo hace la medicación.

En resumen, volviendo a la idea de que el psicólogo no es el profesional que trata la depresión, esta idea es FALSA, ya que, al contrario de lo que argumentaba *DMedicina*, la depresión es considerada actualmente un trastorno mental, no una enfermedad mental y, por tanto, también es objeto de atención de los psicólogos, los cuales, además, pueden hacerse cargo en solitario tanto de los trastornos depresivos menos graves como de los más graves. Por supuesto, el hecho de que esa idea sea falsa no implica que no haya otros profesionales de la salud mental, además del psicólogo, que pueden tratar la depresión, en concreto, los que menciona *DMedicina*: psiquiatras y médicos de familia.

CONCLUSIONES

Siguiendo la línea de su primera parte (Sanz y García-Vera, 2017), el presente trabajo pretendía analizar, a la luz de la literatura científica más actual, la veracidad de seis ideas sobre el tratamiento de la depresión que son defendidas en medios de comunicación de amplia difusión en Internet o en algunas guías de práctica clínica y manuales de psicopatología/psi-



quiatria de prestigio. De esas seis ideas, cinco eran, según la literatura científica actual, falsas, y la restante, falsa en parte (véase la tabla 1). Además, los argumentos en que se basaban esas ideas equivocadas del tratamiento de la depresión estaban plagados de errores, imprecisiones y datos desfasados.

El problema con estas discrepancias en ideas y argumentos entre lo que dice la literatura científica actual sobre el tratamiento de la depresión y lo que dicen algunos medios de comunicación, guías clínicas o manuales, es que estos últimos minusvaloran, e incluso desprestigian, la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión y, por tanto, colaboran en impedir que los pacientes accedan a un tratamiento adecuado para su depresión, ya que favorecen el que los propios pacientes no exijan un tratamiento psicológico o favorecen el que los médicos y psiquiatras no se lo ofrezcan o no les remitan a los profesionales adecuados para aplicarlo. Es más, esas ideas y sus argumentos fomentan, sin fundamento científico, la medicalización del tratamiento de los trastornos depresivos en detrimento de la aplicación de tratamientos psicológicos, incluso cuando estos, o al menos la TCC, tiene un perfil de eficacia mejor que el de la medicación antidepresiva: igualdad de eficacia en el tratamiento agudo, menores tasas de recaídas, menor riesgo de abandono precoz del tratamiento, menor duración y prácticamente ausencia de efectos adversos.

Como se discutía con más detalle en la primera parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2017), la constatación de que en Internet existen ideas equivocadas sobre el tratamiento de la depresión, incluso en portales y medios de comunicación especializados en información sanitaria, no debería resultar novedosa, aunque sí preocupante. Sin embargo, más novedosa y aún más preocupante debería resultar la constatación de que algunas de esas ideas equivocadas sobre el tratamiento de la depresión aparecen en guías clínicas y manuales de psicopatología o psiquiatría de referencia, ya que, además, estas guías y manuales suelen ser las fuentes primarias que respaldan la información que ofrecen los portales y medios de comunicación de Internet que tratan de seguir códigos de conducta para proteger a los ciudadanos de la información errónea sobre la salud.

En consecuencia, es importante que los autores de las guías clínicas y de los manuales sobre la depresión y su tratamiento estén al tanto de los últimos avances en ese ámbito, ya que en los últimos años la literatura científica al respecto ha crecido de manera considerable. Es más, es importante que los autores de esas guías y manuales estén dispuestos a cambiar sus ideas previas sobre la depresión y su tratamiento en función del conocimiento vigente y que sean conscientes de que este cambio a veces es difícil cuando dichos conocimientos no gustan o no coinciden con la propia práctica profesional actual. De hecho, existe a veces una gran inercia y una gran resistencia al cambio entre los especialistas, incluso aun siendo conocedores de los datos que avalan dicho cambio. Por ejemplo, respecto a la idea equivocada de que la psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, es curioso que la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto del Sistema Nacional de Salud (Grupo de trabajo, 2014), aun reconociendo en sus argumentos que la TCC

es eficaz para la depresión grave, finalmente incide en esa idea equivocada y no recomienda la TCC como tratamiento en solitario para la depresión grave. En concreto, dicha guía (Grupo de trabajo, 2014, pp. 83-84, 88, 171) reconoce que “la TCC obtuvo puntuaciones similares al tratamiento farmacológico antidepresivo (fundamentalmente ISRS y ADT) en las escalas HRSD y BDI, tanto al finalizar el tratamiento como al mes de seguimiento, mientras que a los 12 meses de tratamiento se observó cierta superioridad de la TCC”, que “la TCC presentó menor riesgo de discontinuación, en términos de abandono precoz del tratamiento, que el tratamiento antidepresivo farmacológico, y menores tasas de recaídas al año de seguimiento”, y que “no se observó ningún beneficio en añadir tratamiento antidepresivo a la TCC al finalizar el tratamiento o al mes”; además, dicha guía recomienda que “el tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal” y que “debe considerarse la terapia cognitivo-conductual para aquellos pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales”. Sin embargo, al proponer su algoritmo terapéutico, la guía finalmente descarta la utilización de la TCC (o de otro tipo de psicoterapia) como tratamiento único para la depresión grave y tan solo recomienda para este tipo de depresión la utilización de medicación antidepresiva o de medicación combinada con TCC o terapia interpersonal. Es decir, la guía finalmente persiste en la idea equivocada de que la psicoterapia no es eficaz para la depresión grave, cuando, en función de los datos que en la propia guía se revisan y en función de los datos de la literatura científica actual, debería también recomendar la TCC como tratamiento único para la depresión grave.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*, 3^{er} ed. Recuperado de http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nuesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., y Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10, e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- Clarke, K., Mayo-Wilson, E., Kenny, J., y Pilling, S. (2015). Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 39, 58-70. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.002
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2^{er} ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson,



- G., Markowitz, J. C., y van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168, 581-592. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10101411
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 376-85. doi:10.1177/070674371305800702
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., y Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3, e002542. doi:10.1136/bmjopen-2012-002542
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., y Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013. doi:10.1176/ajp.156.7.1007
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M.,..., y Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416. doi:10.1001/archpsyc.62.4.409
- Division 12 of the American Psychological Association (2016). *Research-supported psychological treatments*. Recuperado de <http://www.div12.org/psychological-treatments>
- Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., y Dekker, J. J. M. (2010). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 668-680. doi:10.1037/a0020570
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, O. J., y Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65, 513-520. doi:10.1001/archpsyc.65.5.513
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Pilkonis, P. A., y Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 841-847.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta*. Madrid: Pirámide.
- González Pinto, A., López Peña, P., y Zorrilla Martínez, I. (2009). Depresión unipolar y otras depresiones. En T. Palomo y M. A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de psiquiatría* (pp. 325-343). Madrid: ENE Publicidad.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Guías de práctica clínica en el SNS*. Santiago de Compostela: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t) y Consellería de Sanidade.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P.,..., y Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy versus medication in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422. doi:10.1001/archpsyc.62.4.417
- Johnsen, T. J., y Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 747-768. doi:10.1037/bul0000015
- Klerman, G. L. (1990). The psychiatric patient's right to effective treatment: implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *American Journal of Psychiatry*, 147, 409-418. doi:10.1176/ajp.147.4.409
- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated edition*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk>
- Redacción de DMedicina (2015, 8 de septiembre). *Ideas equivocadas sobre la depresión*. Recuperado de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/2002/04/02/ideas-equivocadas-depresion-7447.html>
- Sanz, J. (2013). Evaluación de los trastornos del estado de ánimo en adultos: la depresión. En J. L. Graña Gómez, M. E. Peña Fernández y J. M. Andreu Rodríguez (Eds.), *Manual docente de psicología clínica legal y forense, 2ª ed., reimpresión* (vol. 2, pp. 165-227). Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (I) [Misconceptions about depression and its treatment (I)]. *Papeles del Psicólogo*, 38, 169-176. doi:10.23923/pap.psicol2017.2833.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F.,..., y Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820100026006
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T.,..., y Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233. doi:10.1176/appi.ajp.157.2.229
- Vallejo Ruiloba, J. (Ed.). (2005). *Consenso español sobre el tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Ars Medica.
- Vallejo, J., y Urretavizcaya, M. (2015). Trastornos depresivos. En J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 8ª ed.* (pp. 249-276). Barcelona: Elsevier Masson.
- Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Huibers, M. J., David, D.,..., y Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy: an individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72, 1102-1109. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1516