

## 4. Psicoterapia

¿Es efectivo algún tipo de psicoterapia en pacientes con depresión mayor?

Existen diferentes tipos de tratamientos psicológicos para una gran variedad de problemas de salud, incluida la depresión. Dichos tratamientos varían en la fundamentación teórica que sostienen, en el nivel de desarrollo formal de sus técnicas, en los estudios disponibles que permitan avalar su eficacia y en su utilización por parte de los profesionales sanitarios del sistema de salud.

Los ensayos clínicos aleatorios que se utilizan en la evaluación de fármacos se han convertido en una pieza clave también para la psicoterapia, si bien con una serie de dificultades específicas<sup>110</sup> :

- Existen una serie de factores comunes bien reconocidos en todos los tratamientos psicológicos relacionados con la relación terapéutica (tales como la aceptación incondicional, la expectativa de cambio, etc.) de importancia potencial para el resultado del tratamiento, así como una serie de ingredientes activos cuya especificación no resulta sencilla. Además, las psicoterapias evolucionan constantemente, y se desarrollan nuevas técnicas dentro de un mismo enfoque o mediante aproximaciones entre orientaciones diferentes. Este hecho puede suponer una fuente de innovación y flexibilidad en la práctica clínica rutinaria en interés de cada paciente, pero en un ensayo clínico se hacen imprescindibles los manuales de tratamiento que clarifiquen exactamente qué se ha hecho en él.
- Se hace necesario controlar las variables dependientes del terapeuta, especialmente su entrenamiento psicoterapéutico y experiencia clínica, así como su adherencia al manual de tratamiento mediante evaluaciones independientes.
- Resulta imposible cegar el tratamiento para quien lo administra (psicoterapeuta) y es relativamente problemático enmascarar la condición de tratamiento activo para el evaluador externo independiente.
- Un mismo tratamiento psicológico puede ser proporcionado en diferentes formatos (por ejemplo, individual o grupal) y emplear una

duración también variable, lo cual probablemente habría que evaluar separadamente ya que podría afectar al resultado y a la eficiencia.

- Se han propuesto diferentes variables del paciente (personalidad, historia biográfica, nivel de escolaridad...) o del trastorno depresivo (tipo y gravedad, recurrencia previa, etc.) que podrían afectar con mayor probabilidad al resultado de la psicoterapia que al de las terapias biológicas.

En los últimos años, las guías de práctica clínica son consistentes en reconocer la eficacia de las terapias psicológicas en el tratamiento de la depresión, especialmente aquellas que han sido diseñadas específicamente, como la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal<sup>23,25,92</sup>.

## 4.1 La terapia cognitivo-conductual (TCC)

La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años 70 para ser aplicada en la depresión<sup>111</sup> y ha resultado ser la modalidad de terapia psicológica estudiada con más frecuencia en la depresión<sup>112</sup>. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo y busca la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones mediante tareas para casa y ensaye nuevas conductas. Se reconoce habitualmente que toda intervención de terapia cognitiva incluye más o menos técnicas conductuales; de ahí la denominación de terapia cognitivo-conductual.

Por otra parte, bajo la denominación de TCC existe una gama diferente de intervenciones que comparten la asunción teórica básica de que la mayor parte de la conducta humana es aprendida. Así, buscan implementar determinadas habilidades en las personas deprimidas como en la terapia de solución de problemas, el entrenamiento asertivo o en la terapia conductual de parejas. La activación conductual es uno de los ingredientes de la terapia cognitiva de Beck que enfatiza la relación entre actividad y el estado de ánimo y que ha sido objeto de renovada atención<sup>113</sup>. No obstante, estas otras intervenciones han sido evaluadas con menor intensidad que la terapia cognitiva de Beck y se reseñarán brevemente más adelante.

La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. Ha sido evaluada en una diversidad de contextos (atención primaria, especializada, pacientes ingresados), comparada principalmente con tratamiento farmacológico y con diferentes muestras de pacientes<sup>114</sup>. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque también hay estudios que adoptan formatos más breves para casos menos graves (entre 6-8 sesiones) y se asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o comorbilidad asociada.

NICE<sup>25</sup> sintetiza las pruebas disponibles a partir de 30 ensayos referidos a pacientes cuya depresión oscila desde moderada a muy grave, con las siguientes conclusiones:

- La TCC es tan efectiva como los fármacos antidepresivos en la reducción de los síntomas al final del tratamiento, si bien el efecto se mantiene durante un año tras finalizar la TCC, mientras que no siempre ocurre lo mismo con los antidepresivos. Esta terapia parece ser mejor tolerada que los antidepresivos, especialmente en pacientes con depresión grave o muy grave y sus beneficios se mantienen en mayor medida que la medicación antidepresiva.
- Añadir terapia cognitivo-conductual a la medicación antidepresiva es más efectiva que el tratamiento con antidepresivos exclusivamente, en especial en aquellos pacientes con síntomas graves. En general, no hay indicios de que añadir antidepresivos a la terapia cognitivo-conductual sea útil, aunque no se han explorado efectos en síntomas específicos, como por ejemplo, el sueño. Existe insuficiente información para evaluar los efectos del tratamiento combinado en las tasas de recaída.
- Hay pruebas procedentes de un ensayo prolongado en la depresión crónica<sup>115</sup>, que una combinación de TCC y medicación antidepresiva es más beneficiosa en términos de respuesta y remisión que cualquiera de dichos tratamientos por separado.
- En pacientes con síntomas residuales que toman antidepresivos, añadir TCC parece resultar de utilidad, ya que reduce las tasas de recaída en el seguimiento, aunque esta ventaja no siempre sea evidente a la finalización del tratamiento.

- Respecto a la modalidad de proporcionar el tratamiento, existen datos que sugieren que la terapia cognitivo-conductual grupal es más efectiva que otras terapias grupales, pero existen pocos estudios que comparen la modalidad grupal e individual de terapia cognitivo-conductual entre sí. Una modalidad grupal de terapia cognitivo-conductual basada en la toma de conciencia plena (*mindfulness*), parece ser efectiva en el mantenimiento de la respuesta en personas que se han recuperado de la depresión, especialmente en aquellas que han tenido más de dos episodios previos<sup>116</sup>.

Un importante estudio publicado posteriormente, avala la TCC como estrategia terapéutica en la depresión resistente. En el proyecto STAR\*D<sup>117</sup>, después de una respuesta insatisfactoria al citalopram, los pacientes que aceptaron ser asignados aleatoriamente a una estrategia farmacológica alternativa o a TCC tuvieron generalmente un resultado comparable. El añadir otro fármaco produjo un resultado más rápido que el añadir TCC al citalopram, si bien el cambio a TCC fue mejor tolerado que el cambio a otro antidepresivo. El grado de aceptación de la TCC (inferior a un tercio de los pacientes) se ha considerado relativamente bajo, aunque existen aspectos del diseño experimental que podrían haber sesgado la elección como reconocen los propios autores, así como también la necesidad de tener que costearse la terapia en el caso de que no estuviese cubierta por su seguro de salud, lo que no ocurría en el caso de las opciones farmacológicas.

Con respecto a la depresión recurrente, se ha visto que incrementando la duración de la TCC puede reducirse la recaída y la recurrencia, especialmente en pacientes de alto riesgo<sup>118</sup>. Este efecto protector parece robusto independientemente de si la TCC se proporciona sola o en combinación con medicación o si la combinación se aplica de manera simultánea o secuencial. Por otra parte, en otro ensayo clínico se informa de una reducción de la tasa de recaída/recurrencia del 72% al 46% (en el plazo de 2 años) en pacientes con múltiples episodios previos, añadiendo 16 horas de TCC al tratamiento habitual, tras la remisión<sup>119</sup>.

En muestras de pacientes con mayor gravedad y comorbilidad (más del 80% de los casos presentaban un diagnóstico adicional en el eje I o II del DSM, 30% con depresión melancólica), un ensayo clínico controlado con placebo mostró que la TCC obtiene una eficacia comparable al tratamiento farmacológico (cuya dispensación incluyó dosis adecuadamente incrementadas o potenciación si era necesario), aunque este grado de efectividad parece ligado a un elevado nivel de experiencia del terapeuta cognitivo-conductual<sup>114</sup>.

Esta recomendación de la TCC como tratamiento de primera línea en la depresión grave amplía recomendaciones previas referidas a depresión leve y moderada<sup>120</sup> y ha sido incluida en el algoritmo de decisión de las guías de práctica clínica de Australia y Nueva Zelanda<sup>87</sup> si bien sugieren terapia farmacológica previamente, pero no en la del ICSI<sup>86</sup> o NICE<sup>25</sup> que recomiendan preferentemente terapia combinada en la depresión con una presentación inicial grave.

### Resumen de la evidencia

1++	En general, la terapia TCC es tan efectiva como el tratamiento con antidepresivos en el abordaje de la depresión mayor (25).
1+	En la depresión leve, los formatos de TCC breves (entre 6-8 sesiones) resultan tan efectivos como los más prolongados (25).
1+	La combinación de tratamiento antidepresivo y TCC ofrece unos resultados superiores a cualquiera de esos tratamientos por separado en la depresión crónica o grave (25, 113).
1+	La terapia TCC parece ser mejor tolerada que los antidepresivos, especialmente en los casos más graves (115).
1+	La terapia TCC tiene un efecto protector independiente y acumulable a la medicación de mantenimiento contra las recaídas/recurrencia, siendo los casos con múltiples episodios previos o con síntomas residuales los que más se benefician por su alto riesgo de recaída (116, 117).

## 4.2 La Terapia Interpersonal (TIP)

La TIP fue desarrollada originalmente por Klerman<sup>121</sup>, con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se empleó como tratamiento independiente y, en la actualidad, se ha ampliado a una variedad de trastornos diferentes. La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. El formato original de la terapia dispone 3 fases a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación del paciente en una formulación que comprende una o más de las siguientes áreas de la vida: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia son estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos

interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones.

El número de ensayos clínicos aleatorios rigurosos en los que se ha evaluado la TIP es escaso. Para NICE existen datos que sugieren que la TIP es más efectiva que el placebo y la atención habitual por el médico de atención primaria. Además, la efectividad de la TIP puede ser incrementada cuando se combina con un antidepresivo y también puede ser efectiva como estrategia de mantenimiento de pacientes cuya depresión ha remitido previamente con tratamiento farmacológico<sup>25</sup>.

Un meta-análisis comparó la eficacia de la TIP con la TCC<sup>122</sup> y observó que la primera obtiene cierta ventaja clínica en la probabilidad de respuesta, si bien, dos de los tres estudios considerados presentaban importantes limitaciones metodológicas, por lo que debe hacerse una valoración prudente. El estudio también compara la terapia combinada (TIP y medicación) con la medicación sola, sin obtener diferencias de eficacia en el tratamiento agudo ni en el de mantenimiento.

Hollon *et al*<sup>118</sup> enfatiza la importancia potencial de la mejoría en el ajuste social atribuida específicamente a la TIP en comparación con la medicación y ante una remisión sintomatológica similar en dos estudios previos, variable que desafortunadamente no ha sido posteriormente examinada.

Por último, un reciente ensayo<sup>123</sup> concluye que una sesión semanal de TIP puede ser suficiente para prevenir la recurrencia en la depresión mayor durante dos años, pero sólo en los casos en que se haya conseguido la remisión con esta intervención psicológica. Por el contrario, resultaría ineficaz si se hubiese necesitado terapia farmacológica en el curso del seguimiento para alcanzar la remisión. Con todo, los resultados resultan difíciles de interpretar debido a su diseño y a las características de la muestra (mujeres que, en principio, no deseaban tratar su depresión mediante fármacos).

### Resumen de la evidencia

1-	La TIP se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión mayor respecto al placebo, si bien la adquisición de la mejoría puede ser más lenta que con antidepresivos (25).
2+	El tratamiento con TIP podría estar asociado con mejoras adicionales en el funcionamiento social al finalizar la terapia (116).
1-	El tratamiento combinado TIP y medicación ofrece mejores resultados que la TIP sola en la reducción de las tasas de recaída (121).

### 4.3 Otras terapias psicológicas

No existen datos que permitan recomendar como tratamiento de la depresión la *psicoterapia dinámica*, una forma de terapia derivada del psicoanálisis, relativamente poco directiva. Los estudios de calidad son raros y los que hay ofrecen resultados insatisfactorios o no concluyentes. No obstante, en estos estudios, la psicoterapia dinámica se suele utilizar como elemento de comparación con otra forma de tratamiento más valorada, por lo que subsisten dudas sobre si su implementación ha sido adecuada<sup>118</sup>.

En la *terapia de conducta*, la depresión es conceptualizada como el resultado de una baja tasa de comportamiento reforzado o reforzable. Aquí, la terapia es estructurada y se focaliza en la activación conductual cuyo objetivo es conseguir que el paciente desarrolle comportamientos más gratificantes a través de tareas de exposición gradual y planificación de actividades placenteras en consonancia con los objetivos del paciente, *role-playing* para abordar déficits conductuales, etc. Algunas de estas técnicas puramente conductuales constituyen una parte de las TCC vistas anteriormente. NICE<sup>25</sup> reconoce un interés creciente por la activación conductual como una terapia por derecho propio, pero concluye que la información es insuficiente para establecer conclusiones debido a que los estudios publicados han sido escasos y sin grupo control placebo. Un reciente ensayo clínico aleatorio y controlado<sup>113</sup> comparó la TCC, la paroxetina y la activación conductual (con técnicas potenciadas para disminuir las conductas evitativas y la rumiación cognitiva). Los resultados sugirieron la utilidad de las técnicas de activación conductual y, en el subgrupo de pacientes más graves, obtuvo resultados similares a la medicación antidepresiva y superiores a la TCC<sup>113</sup>.

La *terapia de solución de problemas* es una forma de intervención estructurada, breve y centrada en el aprendizaje de afrontar problemas específicos frecuentemente asociados a la depresión y se considera que pertenece al ámbito de las terapias conductuales<sup>124</sup>. Ha demostrado su eficacia ante placebo en la depresión leve y en el contexto de la atención primaria<sup>25</sup>, si bien no existen resultados fiables a largo plazo. También parece que profesionales no especialistas en salud mental podrían ser entrenados satisfactoriamente en estas técnicas<sup>25</sup>. Un reciente meta-análisis a partir de 13 ensayos clínicos aleatorios afirma que la intervención es efectiva pese a una alta heterogeneidad de los efectos, lo que refleja una posible variabilidad en los resultados o muestras muy diversas<sup>125</sup>.

El *counselling* (asesoramiento/consejo) es un término genérico usado para describir una amplia gama de intervenciones psicológicas con orientacio-

nes teóricas diversas (psicodinámica, sistémica o cognitivo-conductual). La mayoría se centran en la relación terapéutica en sí misma en un proceso que pretende ofrecer al paciente una oportunidad para explorar y descubrir formas de vida más satisfactorias. Habitualmente, los consejeros reciben entrenamiento para escuchar con respeto, empatía y autenticidad, reflejar los sentimientos de los pacientes y ayudar en la comprensión de sus significados. Existen ciertas pruebas de su eficacia en atención primaria y para pacientes con depresión leve a moderada de inicio reciente<sup>25</sup>.

La *terapia de pareja* es un formato de intervención psicológica en la que participa habitualmente el paciente deprimido y su pareja. Parte de un modelo transaccional de la relación en la que los comportamientos de ambos se influyen mutuamente e interaccionan con la sintomatología depresiva y ésta, a su vez, genera cambios en las conductas de los implicados. El estilo de la terapia varía según la aproximación teórica a la que se adscriba el terapeuta (por ejemplo, cognitivo-conductual o sistémica) y pretende conseguir cambiar la comunicación entre ambos y que dispongan de nuevas habilidades para la relación interpersonal. En la síntesis realizada por NICE<sup>25</sup> se destaca que existen ciertos datos de que la terapia de pareja es un tratamiento efectivo contra la depresión cuando se compara con una condición de lista de espera y parece ser mejor tolerada que los antidepresivos, aunque no han establecido comparaciones en cuanto a eficacia con éstos. Algunas revisiones apuntan que determinados formatos de terapia de pareja han obtenido una eficacia similar a la TCC individual en parejas insatisfechas con uno de sus miembros deprimido, pero sólo la terapia de pareja parece mejorar el ajuste diádico; de esta forma, el estrés marital podría proporcionar una indicación para prescribir este tipo de terapia<sup>118, 126</sup>.

### Resumen de la evidencia

1-	En la depresión leve, ningún tratamiento ha demostrado ser más efectivo que la terapia de solución de problemas o diferentes formas de <i>counselling</i> (apoyo, consejo, orientación) (25, 123).
2+	En la depresión leve o leve-moderada en la que concurren dificultades de pareja, la terapia de pareja parece ofrecer ventajas adicionales a otras formas de tratamiento, al mejorar el ajuste marital (116, 124).

## Recomendaciones

☑	Las intervenciones psicológicas deberían ser proporcionadas por profesionales con experiencia en el manejo de la depresión y expertos en la terapia aplicada. Esto resulta especialmente importante en los casos más graves.
B	En la depresión leve y moderada debería considerarse el tratamiento psicológico breve específico (como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo-conductual breve o el counselling) de 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas.
B	El tratamiento psicológico de elección para la depresión moderada, grave o resistente es la terapia cognitivo-conductual. La terapia interpersonal puede considerarse una alternativa razonable.
B	Para la depresión moderada y grave, el tratamiento psicológico adecuado debería comprender entre 16 a 20 sesiones durante al menos cinco meses.
B	En la depresión moderada puede recomendarse un tratamiento farmacológico antidepresivo o bien una intervención psicológica adecuada.
B	La terapia cognitivo-conductual debería ofrecerse a los pacientes con depresión moderada o grave que rechacen el tratamiento farmacológico o para quienes la evitación de efectos secundarios de los antidepresivos constituya una prioridad clínica o expresen una preferencia personal.
B	La terapia de pareja debería considerarse, si fuera procedente, en caso de no obtener una respuesta adecuada con una intervención individual previa.
B	Debería considerarse la terapia cognitivo-conductual para los pacientes que no han tenido una respuesta adecuada a otras intervenciones o tengan una historia previa de recaídas y síntomas residuales pese al tratamiento.
B	La terapia cognitivo-conductual debería considerarse para los pacientes con depresión recurrente que han recaído pese al tratamiento antidepresivo o que expresen una preferencia por el tratamiento psicológico.

A	Para los pacientes cuya depresión es resistente al tratamiento farmacológico y/o con múltiples episodios de recurrencia, debería ofrecerse una combinación de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual.
A	A los pacientes con depresión crónica debería ofrecérseles una combinación de terapia cognitivo-conductual y medicación anti-depresiva.
C	Cuando se aplique la terapia cognitivo-conductual en los pacientes más graves, deberían tenerse en cuenta de forma prioritaria las técnicas basadas en la activación conductua.
C	Otras intervenciones psicológicas diferentes a las anteriores podrían resultar de utilidad en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares asociadas frecuentemente al trastorno depresivo.