

VALORACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO

JOSÉ MANUEL GARCÍA MONTES
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

1 Aspectos a destacar de esta guía:

Un aspecto que habría que destacar de esta GPC es que no sólo analiza la evidencia científica de los diferentes fármacos, sino que contempla una amplitud de tratamientos. Así, además de los distintos abordajes farmacológicos y psicológicos, se recogen las posibles aportaciones de la terapia electroconvulsiva, la autoayuda guiada, los grupos de apoyo, el ejercicio físico, la acupuntura o la “hierba de San Juan”. Igualmente, es positivo que se hayan revisado diversos ensayos clínicos aleatorios y estudios de meta-análisis aunque, como es bien sabido, el meta-análisis siempre tiende a sobreestimar la eficacia de las intervenciones. Además, la “*Información para pacientes*”, que aparece en el Anexo 5 de la Guía, está bien elaborada y combina sencillez con rigor.

2. Aspectos a mejorar: Hay diversos aspectos que se podrían mejorar. Así, por lo que se refiere a su elaboración hubiera sido deseable, a mi juicio, que se incluyeran dentro del grupo de trabajo profesionales que ejercieran su actividad facultativa en otro ámbito geográfico además del gallego. No se entiende cabalmente por qué razón se ha dado un protagonismo tan importante a la “*Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia*”. A este respecto debe tenerse en cuenta que la GPC, como se dice en su presentación, se encuadra en el *Plan de Calidad* para



José Manuel García Montes

el Sistema Nacional de Salud. El propósito de este Plan es “*incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia*”. En mi opinión el procedimiento de elaboración, centrado exclusivamente en profesionales que ejercen su actividad en Galicia, va claramente en contra de dicho objetivo de cohesión e igualdad en el Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, aunque participan como sociedades colaboradoras, entre otras, la Sociedad Española de Neuropsiquiatría, la Sociedad Española de Neurología o la Sociedad Española de Psiquiatría no se ha contado, por ejemplo, con la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud.

Por lo que atañe directamente al contenido, se echan en falta ciertos trabajos empíricos con datos críticos sobre la acción de la medicación antidepressiva en comparación con el placebo, como los trabajos de **Kirsch, Moore, Scoboria & Nicholson** (2002) o los de **Kirsch & Sapirstein** (1998).

De la misma forma, la GPC recomienda los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor, aun cuando en ciertos meta-análisis se han mostrado más eficaces los tricíclicos (Steffens, Kirshnan & Helms, 1997). Como reconoce la GPC, la principal ventaja que tienen los ISRS sobre los antidepressivos tricíclicos es que los primeros son mejor tolerados que los segundos, al tener un menor número de efectos adversos y, por tanto, menos posibilidades de que se abandone el tratamiento. Justamente por ello no hubiera sido descabellado que la guía hubiera profundizado algo más sobre los efectos secundarios que tampoco faltan en los ISRS. Así, por ejemplo, se podría haber comentado algo más que dicho tipo de antidepressivo son los que más altos índices de disfunción sexual producen, afectando a una tasa de pacientes que oscila entre el 30% y el 60% (Gregorian et al., 2002), dependiendo del fármaco en concreto. Obviamente este tipo de problemas no suelen aparecer si se aplican tratamientos psicológicos que,

cuando menos, son tan eficaces a largo plazo como los farmacológicos para el tratamiento de la depresión mayor.

3. Función del psicólogo y papel otorgado a los tratamientos psicológicos:

En general, según mi criterio, la función otorgada a los tratamientos psicológicos es bastante pobre. Así, por ejemplo, aun cuando se recoge la conclusión del *National Institute for Clinical Excellence* según la cual la terapia cognitivo-conductual es tan efectiva como los fármacos antidepresivos en la reducción de los síntomas al final del tratamiento y con un mantenimiento de los resultados superior al de los antidepresivos, no aparece expresamente recogida una recomendación de aplicar dicha terapia en cualquier tipo de depresión que tuviera la suficiente entidad; sino que, por el contrario, se dice que *“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 esa preferencia personal”* (pág. 55). Por cierto que esta recomendación, la sexta, se contradice en parte con la anterior, la quinta, según la cual *“En la depresión moderada puede recomendarse un tratamiento farmacológico antidepresivo o bien una intervención psicológica adecuada”* (pág. 55).

¿Con qué nos quedamos entonces? ¿Es que la terapia cognitivo-conductual no es una “intervención psicológica adecuada”? Y si lo es, ¿qué debemos hacer en el caso de un paciente con depresión moderada? ¿Le recomendamos ya de entrada la terapia cognitivo-conductual o sólo se la ofrecemos si, informado de los posibles efectos adversos de la medicación, rechaza el tratamiento

farmacológico? Parece que los autores de la GPC no nos dejan muy clara su recomendación a este respecto y, tal vez, en esta confusión salgan beneficiados los tratamientos farmacológicos frente a los psicológicos sin que existan razones objetivas para ello.

No deja de ser también curioso el que se recomiende que *“las intervenciones psicológicas deberían ser proporcionadas por profesionales con experiencia en el manejo de la depresión y expertos en la terapia aplicada”*. ¿Por qué no se ha utilizado la palabra “psicólogos” o, dado que nos encontramos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, “psicólogos clínicos”? La recomendación puede generar un cierto punto de ambigüedad que hubiera sido muy sencillo evitar.

Además, el Anexo 11, relativo a las “psicoterapias” es, a mi modo de ver, completamente innecesario. El citado Anexo comienza con un párrafo que, como se puede comprobar, no ensalza precisamente el rigor y la bonanza de los tratamientos psicológicos:

“En 1993, F. Guattari decía textualmente: “Las prácticas psicoterapéuticas y sus formulaciones teóricas se hallan actualmente en un estado de dispersión casi total. Esta situación no puede considerarse como un signo de libertad, un estímulo a la invención y a la creatividad, sino que es la consecuencia del sectarismo que reina en este ámbito y del desconocimiento, que en ocasiones alcanza extremos irritantes, acerca de todo cuanto sucede en el interior de cada uno de esos cotos cerrados.”

Quince años después, esta cita no sólo no ha perdido su vigencia, sino que podría decirse que esas palabras han resultado proféticas...” (pág. 104).

No se llega a vislumbrar cuál era la profecía que hacía **Guattari** en 1993, pero lo que se puede profetizar fácilmente es que el lector habrá entrado en un contexto en que lo que aparezca seguidamente no será muy bien valorado.

En vez de este Anexo 11, hubiera sido interesante que, por ejemplo, se transcribiera literalmente *The Depression Report* elaborado por la *London School of Economics* (2006) en que, sin profetizar nada, se recomienda la contratación de 5.000 nuevos psicólogos clínicos en 7 años para abordar el problema de la depresión y la ansiedad en el Reino Unido y, al mismo tiempo, reducir costes.

4. Algún otro comentario de interés:

Tan sólo señalar que, el Anexo 5 de la GPC, relativo a la “*Información para pacientes*” es, a mi juicio, más adecuado que el resto de la guía. Así, se indica, por ejemplo, que el sistema sanitario puede proporcionar a la persona con depresión “*información y apoyo*” (pág. 83). También se le dice al paciente que

“es importante que te sientas implicado en cualquier decisión y que percibas que el profesional sanitario tiene en cuenta tus preferencias” (pág. 83).

Para la depresión leve se señala que “resultan eficaces la autoayuda y las terapias psicológicas” (pág. 84) y que “para la depresión moderada, las terapias psicológicas y los fármacos antidepresivos funcionan igual de bien” (pág. 84). Además, según esta información “para la depresión grave, lo más recomendable son los fármacos combinados con terapia psicológica” (pág. 84).

En relación ya propiamente con las terapias psicológicas, cuando se le habla al paciente se le dice que “en el sistema sanitario, pueden proporcionarte tratamientos que han sido específicamente diseñados para personas con depresión, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia de pareja. La investigación ha demostrado que estas terapias resultan efectivas y pueden ayudar a reducir la aparición de nuevos episodios en el futuro (recurrencia)” (pág. 85-86). Después de leer

lo que se decía de las psicoterapias en el Anexo 11, esperemos que no se traspale este Anexo 5 y se vaya a entregar por error el 11 al paciente.

Quizás los mayores problemas de esta “información para pacientes” vengan cuando se trata la terapia farmacológica (pág. 86), ya que se dice a los usuarios que “tu médico puede informarte sobre los efectos secundarios que son esperables con tu medicación”. En este punto habría que hacer una reestructuración cognitiva a la inversa y cambiar los “puede” por los “tiene que”.

5. Valoración general:

	MUY POBRE	POBRE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
Alcance y objetivos				X	
Participación de todos los grupos implicados		X			
Contenido			X		
Rigor metodológico				X	
Claridad y presentación			X		
Incorporación de innovaciones científicas			X		
Grado de aplicabilidad de las recomendaciones			X		
Consideración del punto de vista del paciente		X			
Consideración de las necesidades psicológicas del paciente	X				
Grado de participación de profesionales de la Psicología en la elaboración de la guía	X				
Participación del psicólogo en la implementación de la guía		X			
Valoración Global de la GPC		X			

SOBRE EL AUTOR

José Manuel García Montes es Licenciado y Doctor en Psicología por la Universidad de Oviedo y Licenciado en Derecho por la UNED, además de psicólogo especialista en Psicología clínica. Actualmente trabaja en el Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Universidad de Almería, como profesor contratado doctor. Ha publicado en diversas revistas internacionales de impacto como *Behaviour Research and Therapy*, *British Journal of Clinical Psychology*, *Journal of Nervous and Mental Disease* o *Personality and Individual Differences*. Es autor, junto a Marino Pérez Álvarez, del capítulo “Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión” en el libro “Guía de tratamientos psicológicos eficaces” (Editorial Pirámide).

REFERENCIAS

Gregorian, R.S., Golden, K.A., Bahce, A., Goodman, C., Kwong, W.J., & Khan, Z.M. (2002). Antidepressant-induced sexual dysfunction. *The Annals of Pharmacotherapy*, 36 (10), 1577-1589.

Kirsch, I., Moore, T.J., Scoboria, A., & Nicholls, S.S. (2002). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, 5, 23. Disponible en: www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html

Kirsch, I. & Sapirstein, G. (1998) Listening to prozac but hearing placebo: a meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment*, 1, Artículo 0002a. Disponible en: <http://journals.apa.org/pt/prevention/volume1/pre0010002a.html>

London School of Economics (2006). *The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*. http://cepág.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/depression_report_layard.pdf

Steffens, D.C., Krishnan, K.R., & Helms, M.J. (1997). Are SSRIs better than TCAs? Comparison of SSRIs and TCAs: a meta-analysis. *Depression and Anxiety* 6(1), 10-18.