

UNA GUÍA DEBE RECOGER LA MEJOR EVIDENCIA, SIN VOLUNTARISMOS Y SIN SESGOS

ENTREVISTA A CARMELO VÁZQUEZ, CATEDRÁTICO DE PSICOPATOLOGÍA UCM

REDACCIÓN DE INFOCOP

En esta primera sección, sobre la evaluación de la GPC sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, *Infocop* ha querido contar con la opinión de uno de los grandes expertos en esta área: **Carmelo Vázquez**. Carmelo Vázquez es catedrático de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y ha participado como revisor externo en la elaboración de esta GPC. En esta entrevista analiza qué papel juega y debe jugar la Psicología en el abordaje de la depresión, así como las implicaciones de las recomendaciones recogidas en esta GPC.

ENTREVISTA

Infocop: *Según se señala en la GPC, los profesionales que trabajan en el sistema sanitario se enfrentan a dos principales dificultades para el manejo adecuado de este problema: el infradiagnóstico y la implementación de tratamientos eficaces (ya que la evidencia muestra que el 38% de los pacientes con depresión no responden al tratamiento farmacológico y el 54% de los pacientes no muestran remisión de síntomas). ¿Qué implicaciones tienen estos datos para la Psicología? ¿Qué soluciones pueden aportar los psicólogos a estos problemas?*

Carmelo Vázquez: El infradiagnóstico es un tema importante pero que igualmente ha de ser tratado con cautela pues podemos “psicopatologizar” o “psiquiatrizar” innecesariamente a las



Carmelo Vázquez

personas. Este es un viejo debate que, en parte, se ha visto alentado por la voracidad de la industria farmacéutica en su intento de ampliar y captar mercados, y la tan abrumadora como innecesaria medicalización de los problemas psicológicos.

El mensaje que se nos suele dar es que hay un infradiagnóstico y, como corolario de esa afirmación, que son los médicos de AP quienes deben asumir esa responsabilidad pues son el primer filtro diagnóstico en el sistema de salud. La cuestión que se deriva de esto es que si los médicos generalistas o de familia han de tratar las depresiones, entonces los instrumentos y formación con la que cuentan es muy limitada: básicamente, fármacos y escaso tiempo para tratar a sus pacientes. Esto puede convertirse en un modelo perverso si no se introducen

otros mecanismos de actuación.

El problema de la depresión no es tanto la eficacia de los tratamientos (semejante al finalizar la terapias como muestran muchos metaanálisis), sino la efectividad en mejorar realmente la vida de la gente y prevenir recaídas. En este sentido, las revisiones de estudios efectuadas recientemente (por **Paykel**, por ejemplo), demuestran que las terapias psicológicas, y en especial las terapias cognitivo-conductuales, reducen recaídas y recurrencias de la depresión. Es en este terreno en donde las terapias tendrán que dirimir finalmente sus pugnas sobre la eficacia.

Por otro lado, muchos pacientes no sólo no responden bien a terapias (o abandonan tratamientos) sino que en un porcentaje alto de pacientes, que teóricamente han “respondido al tratamiento”, quedan lo que eufemísticamente se llama “síntomas residuales”. Bajo este término se esconde gente que no acaba de mejorar, que tiene vidas aún limitadas, y que no ha recuperado cosas tan esenciales para una buena vida como la ilusión, la motivación, o la sensación de que uno crece vitalmente. La Psicología tiene un papel de enorme importancia, pues lo que los pacientes desean, como ha demostrado un reciente estudio de **Zimmernan** en el *American Journal of Psychiatry*, no es tanto reducir síntomas sino vivir mejor.

I: *A la luz de la evidencia científica, ¿qué papel juegan actualmente la*



Psicología y los tratamientos psicológicos en el manejo de la depresión?
¿Considera que en la GPC han quedado reflejadas estas cuestiones?

C.V.: La GPC es en realidad una guía que surge a imagen de otras guías semejantes y tiene un énfasis grande, a mi modo de ver, en tratamientos farmacológicos. Por eso es necesario contextualizar el significado y alcance de la misma. En la guía, por ejemplo, se contemplan “tratamientos eficaces” pero no “técnicas eficaces”, sobre lo que hace no mucho efectuamos una revisión, ni tampoco se incluyen nuevos tratamientos prometedores (p.ej.: *mindfulness* o terapias de intervención positiva) que requieren aún muchos más ensayos controlados para poder determinar su verdadera utilidad.

Tampoco se hace una crítica seria (aunque no es ese su papel, probablemente), al hecho de que el efecto placebo tiene un peso muy grande en la determinación del efecto de los fármacos antidepressivos -recordemos el revuelo que causó el metaanálisis de **Irving Kirsch** en 2008, que incluso llegó a los medios de comunicación, demostrando que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina tienen un efecto no mucho mayor estadísticamente que los placebos-.

Es decir, el abanico y posibilidades de intervención son seguramente mayores, pero una guía, en mi opinión, no es ni un manual ni un compendio exhaustivo sino que, en el mejor de los casos, debe recoger la mejor evidencia comparada disponible, sin voluntarismos y sin sesgos de intereses profesionales aunque, naturalmente, es muy difícil zafarse de ellos.

I.: *La GPC sobre Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, se in-*

cluye dentro de los objetivos del Plan de Calidad para apoyar la toma de decisiones basadas en la evidencia científica en el Sistema Nacional de Salud. Para elaborar esta GPC se ha contado con la participación de un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeros, psiquiatras, trabajadores sociales, etc. ¿Considera, no obstante, que en el equipo de elaboración de esta GPC están adecuadamente representados los profesionales de la Psicología?

C.V.: No sé si hay una representación adecuada. El problema de fondo es la baja participación de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y eso no permite tener posiciones tan visibles y relevantes como creemos que deberíamos tener. Pero es un paso importante que en guías de esta naturaleza tengamos la máxima representación y que, al menos, se puedan corregir sesgos de calado. Recordemos que no es una guía de, o para, psicólogos. Se trata de una guía de consensos sobre un modelo de partida en el que los médicos tienen una participación abrumadoramente mayoritaria en el diagnóstico y tratamiento de problemas como la depresión. Esa es la realidad.

I.: *Algunas de las anteriores GPC editadas han sido criticadas por un escaso rigor metodológico en la elaboración y por una deficiente aplicabilidad de las recomendaciones a la práctica clínica. ¿Considera que esta nueva guía subsana estas limitaciones?*

C.V.: Desconozco esas críticas. Seguramente hay aspectos mejorables y, desde luego, no se trata de un vademécum de terapias o técnicas eficaces disponibles. El panorama es, sin duda, mucho más complejo y rico. Pero se requieren más ensayos clínicos controlados y más investigación sobre eficacia de tratamientos para poder tener posiciones de fuerza, avaladas por datos, que nos permitan una situación comparativamente mejor en la elaboración de futuros protocolos de actuación. Y, sin duda, estamos preparados, como profesión, para afrontar esa responsabilidad.

I.: *A la hora de implementar las recomendaciones, sobre todo, los tratamientos psicológicos, ¿se han contemplado los posibles obstáculos o necesidades para su puesta en marcha? Desde su punto de vista, ¿las funciones del psicólogo han quedado bien definidas?*

C.V.: Insisto en que probablemente no es el objetivo de una guía como ésta. Una de las cuestiones que particularmente me preocupa, es que el sistema público debe ser ecuánime respecto a la información que se da a los ciudadanos. Si hay tratamientos igualmente eficaces, esto debe reconocerse. Hace unos quince años, se publicaron en EEUU las guías para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria (AHCPR: *Depression in Primary Care Guidelines*) y fueron fuertemente contestadas por **Ricardo Muñoz, Steve Hollon**, y otros relevantes psicólogos, en un conocido artículo en *American Psychologist*, por no ofrecer en igualdad de condiciones toda la información disponible sobre la eficacia de las terapias psicológicas. Estaban cargados de razón pues se trataba de un organismo oficial y no de un folleto de unos laboratorios.

Éste es un riesgo aún existente y no del todo resuelto. Uno de mis empeños en los textos de la guía ha sido poner de manifiesto que las terapias psicológicas (como la cognitiva y cognitivo-conductual, fundamentalmente) han demostrado reiteradamente ser al menos tan efectivas como las farmacológicas. Y, por cierto, uno de los sesgos iniciales de la guía, sutil pero perverso, era exponer implícitamente que el tratamiento de elección es el farmacológico, por defecto, y si el paciente no mejora, entonces se puede recurrir a terapias psicológicas añadidas.

Creo que esto se fue corrigiendo en su redacción y al final mejoró sobre borradores previos. Puede que desde el punto de vista del funcionamiento real de los servicios de AP en España, y en la práctica totalidad de los países, esta prelación de lo farmacológico sobre lo

psicológico sea así. Pero no responde a evidencias científicas sino a situaciones puramente profesionales: si hubiese equipos de Psicología en Atención Primaria (AP), no habría razones para que éste fuese el protocolo por defecto. Incluso hay datos, publicados en revistas de psiquiatría norteamericanas, por cierto, que demuestran que la asistencia psicológica en AP es a medio y largo plazo más eficaz en términos económicos que la puramente farmacológica.

I.: *La depresión es un problema de salud que presenta una elevada prevalencia (10,5%). Además, la OMS establece que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo. Estos datos subrayan la necesidad de una atención adecuada y urgente de la depresión por parte de la administración pública. ¿Considera que el abordaje de este problema cuenta con un soporte asistencial suficiente en nuestro país? ¿Qué mejoras serían necesarias?*

C.V.: Me parece bien que se aborde el tema de la prevención aunque con unas ciertas cautelas sobre esta supuesta “epidemia”. Las cifras son efectivamente muy alarmantes aunque, no obstante, hay que ser muy cautos ante los datos epidemiológicos. Cuando además de los síntomas se evalúan de modo más fino las limitaciones reales que esos síntomas comportan, las cifras de personas realmente afectadas pueden reducirse incluso a la mitad. Hay estudios epidemiológicos que demuestran que es necesario poner estos filtros para no generar alarmas innecesarias que, obviamente, pueden interesar a determinados sectores profesionales.

En todo caso, se requiere que los ciudadanos dispongan de información y, sobre todo, de acceso a tratamientos que

vayan dirigidos directamente a resolver problemas concretos de sus vidas y, más aún, a mejorar sus vidas. Esto es una asignatura todavía pendiente de la Psicología, pues aunque esa orientación está mucho más marcada que en la intervención médica y psiquiátrica, creo que hay que acentuarlas aún más desarrollando programas en los que la recuperación se valore no sólo mediante la reducción de síntomas y problemas (lo que no está nada mal) sino, además, con criterios reales de calidad de vida.

I.: *Como tendrá conocimiento, en el Reino Unido está teniendo lugar una importante reforma en el Sistema Nacional de Salud, gracias a la cual más de 3.600 psicólogos van a ser incorporados en los próximos 3 años en los servicios de Atención Primaria para poder atender a los pacientes aquejados de problemas de ansiedad y depresión. ¿Considera esta propuesta un buen ejemplo a seguir? ¿Cree que es posible que en España se pueda implementar este tipo de soluciones?*

C.V.: Es un ejemplo estupendo, aunque es verdad que el sistema sanitario en el Reino Unido tenía algunas deficiencias estructurales importantes.

Creo que en España eso será posible aunque ha de ir vinculado a un desarrollo más vigoroso, selectivo y científico de la Psicología clínica. La formación de tantos estudiantes es insostenible para una universidad de calidad. Pero parece que esto no es una preocupación generalizada, ni siquiera en los ámbitos universitarios. Debemos procurar sistemas que preparen bien a los estudiantes para la acción clínica y esto, desgraciadamente, es bastante excepcional.

I.: *¿Qué aspectos quedan aún por resolver y considera, como experto, que deben abordarse en futuras*



dios sobre eficacia de la depresión se basan en la reducción de síntomas en escalas clínicas, pero esto es sólo una parte, sin duda importante, de lo que puede cambiar en una persona. Pero no deja de ser un tipo de datos muy limitado y un tanto “miope” sobre el tipo y alcance de cambios que pueden efectuarse en las intervenciones psicológicas.

Carmelo Vázquez es Catedrático de Psicopatología de la UCM. Fue becario Postdoctoral Fulbright en Northwestern University (Evanston, Illinois). Ha sido subdirector del *British Journal of Clinical Psychology* y en la actualidad es miembro del consejo editorial de varias revistas internacionales. Es miembro fundador de la International Positive Psychology Association (IPPA). Entre sus publicaciones recientes, destacan los libros “Psicología Positiva Aplicada” (Desclee de Brower, 2008) y “La ciencia del bienestar” (Alianza Editorial, 2009).

actualizaciones de esta GPC?

C.V.: Me gustaría una representación, en la que los psicólogos podamos tener mayor peso, naturalmente. Pero además de recurrir a estas guías, quizás no habría que lamentarse tanto y las propias organizaciones profesionales y académicas de Psicología podrían elaborar sus propias guías (es un tema espinoso pero que, sin duda, se habrá de abor-

dar), sin esperar a que organismos históricamente vinculados a otros sectores profesionales constituyan el único instrumento visible.

Otro problema, si se quiere más conceptual, con las guías, es que se derivan de un modo de hacer investigación un tanto limitado. Como decía anteriormente, la inmensa mayoría de los estu-



Infórmate

Tus noticias siempre al día

www.infocoponline.es

www.infocoponline.es

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS DE ESPAÑA