

Juan Ángel Bellón Saameño [Buscar autor en Medline]



Evidencia disponible sobre la eficacia de las estrategias de tratamiento de la depresión en atención primaria.

Ver resumen y puntos clave

Ver texto completo

Volver al sumario

Texto completo

La depresión mayor tiene una prevalencia en población consultante de atención primaria del 5-10%, aunque más del 25% tiene síntomas depresivos. Los médicos de familia sólo diagnostican el 50% de los pacientes que acuden a sus consultas con depresión. El screening de la depresión podría estar recomendado en pacientes de riesgo y con sólo dos preguntas: "En el último mes, ¿ha tenido usted con frecuencia sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza?, ¿ha tenido usted con frecuencia poco interés (o falta de capacidad de disfrutar) por las cosas que usted hace?". Si cualquiera de las dos se contesta que sí, se debe hacer el resto de preguntas para diagnosticar la depresión.

En la depresión leve, si el paciente no desea ninguna intervención, puede estar indicada una espera vigilante ("Watchful waiting") ya que a una proporción importante de estos pacientes se les resuelve espontáneamente. Los antidepresivos no están recomendados en la depresión leve como tratamiento inicial; sin embargo, se puede comenzar con algún tipo de counseling o terapia de solución de problemas administrados por los propios médicos o enfermeras de atención primaria que hayan recibido un pequeño entrenamiento. También existen pruebas de que la biblioterapia (guías de autoayuda basadas en la terapia cognitiva) es efectiva en la depresión leve. De igual modo se puede recomendar el ejercicio moderado (adecuado a sus condiciones) 2-3 veces por semana durante 45-60 minutos. En la depresión leve-moderada en atención primaria, la terapia de solución de problemas ha demostrado su efectividad, que además es comparable a los antidepresivos. En los pacientes que persiste la depresión leve-moderada después de otras intervenciones, o si está asociada a otros problemas psicosociales y/o médicos, o si tiene antecedentes de depresión moderada-severa, se puede considerar el uso de antidepresivos.

En la depresión moderada-severa en atención primaria se recomienda los ISRS como la primera elección ya que son tan efectivos como los tricíclicos y los abandonos por efectos secundarios son menos probables. Se recomienda las primeras 2-4 semanas de tratamiento estar atentos al riesgo suicida. Se debe advertir a los pacientes de que no deben dejar los antidepresivos bruscamente. Si después de 6 semanas no se produce la respuesta completa, se puede ir aumentando progresivamente hasta la dosis plena sugerida para cada fármaco, siempre que los efectos secundarios lo permitan. Si hubiera buena respuesta al tratamiento antidepresivo, se debe continuar con él al menos seis meses más desde la mejoría. Los pacientes que hayan tenido dos o más episodios depresivos en los últimos años, o que tengan un solo episodio pero con un gran impedimento funcional, deberían continuar el tratamiento durante 2 años. En la depresión moderada-severa una alternativa tan efectiva como los antidepresivos son las terapias psicológicas regladas administradas por terapeutas especializados.

Los programas de intervención interniveles ("care pathway") incluyen un programa o "paquete de intervenciones" que trata de mejorar los resultados de los antidepresivos: trabajo en colaboración entre médicos de familia y equipo de salud mental, sesiones entre estos de manejo de casos, educación intensiva al paciente, apoyo telefónico a los pacientes por parte de enfermeras de atención primaria, y un programa de prevención de recaídas. Actualmente existen pruebas de que esta intervención es efectiva.

En los pacientes que debutan con una depresión severa, está indicada su derivación al equipo de salud mental. En estos pacientes la combinación de antidepresivos y la terapia cognitivo-conductual es la intervención con mejor cociente coste-efectividad.

La combinación de antidepresivos en un mismo paciente o el uso de cierta medicación

bibliografía

1. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: A bio-social model. London: Routledge. 1992.
2. Robinson JW, Roter DL. Counseling by primary care physicians of patients who disclose psychosocial problems. J Fam Pract 1999;48:698-705.
3. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992;14:237-247.
4. Tiemens BG, Von Korff M, Lin EH. Diagnosis of depression by primary care physician versus a structured diagnostic interview. Understanding discordance. Gen Hosp Psychiatry 1999;21:21:87-96.
5. Williams JW, Kerber CA, Mulrow CD, et al. Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification. J Gen Intern Med 1995;10:7-12.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



como el Litio, neurolépticos o Valproato (trastorno bipolar, depresión psicótica, depresión severa refractaria), en general, debe reservarse para el segundo nivel. Se debería desaconsejar la prescripción rutinaria de los antidepresivos en pacientes menores de 18 años porque su efectividad es dudosa y puede haber un mayor riesgo de suicidio.

INTRODUCCION

A partir de los trabajos de Goldberg & Huxley¹, el papel de la atención primaria cobró mayor importancia, si cabe, en la atención a los problemas de salud mental. Los médicos de familia son, con mucha frecuencia, los profesionales que realizan el primer contacto asistencial con los pacientes que sufren problemas psiquiátricos y, en no pocas veces, el único. Del 30 al 40% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria padecen un problema psicosocial; no obstante, de entre los pacientes que los padecen, sólo les son diagnosticados en un 30-50% de los casos; y entre los que se diagnostican, sólo se realiza algún tipo de counseling en el 30-50%².

La depresión mayor tiene una prevalencia en población consultante de atención primaria del 5-10%, aunque más del 25% tiene síntomas depresivos³. El médico de familia tiene dificultades para diagnosticar a los pacientes depresivos⁴, reconociendo sólo el 50% de los casos⁵. Diagnostica peor a los ancianos, varones, los procesos leves, los que se presentan con síntomas somáticos⁶ o los que introducen sus síntomas psicológicos de forma tardía en la entrevista⁷. Ha habido alguna sugerencia de que el screening de la depresión puede mejorar los resultados de la depresión⁸. No obstante, en el último meta-analysis no se encontró ningún impacto reseñable⁹. Actualmente no se recomienda el screening de la depresión en población general, ni en población consultante. Las guías de práctica clínica recomiendan el screening sólo en población de riesgo: dolor crónico, enfermedades físicas importantes, antecedentes familiares de depresión, padecimiento de otras enfermedades mentales, trauma psicológico reciente, y puerperio. Realizando sólo dos preguntas se obtiene un diagnóstico de depresión con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 66%¹⁰: "En el último mes, ¿ha tenido usted con frecuencia sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza?, ¿ha tenido usted con frecuencia poco interés (o falta de capacidad de disfrutar) por las cosas que usted hace?" Si cualquiera de las dos se contesta que sí, se debe hacer el resto de preguntas para diagnosticar la depresión.

La distinción entre depresión mayor y menor (DSM-IV) se basa en el número de síntomas presentes (5 o más en la depresión mayor y menos de 5 en la depresión menor). Las categorías de depresión leve, moderada y grave (CIE-10), depende del número e intensidad de los síntomas, del riesgo suicida y también se relaciona proporcionalmente al grado de incapacidad funcional. Los distintos niveles de gravedad de la depresión indican diferencias en el pronóstico y en el tratamiento, por lo que es necesario tenerlo en cuenta cuando se evalúan los tratamientos. Además, según las características clínicas, se puede identificar algunos grupos clínicos que también tienen diferentes pronósticos y respuestas a los tratamientos (**tabla 1**).

Los objetivos en las intervenciones y tratamientos de la depresión son mejorar el estado de ánimo, el funcionamiento social y ocupacional y la calidad de vida; reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia de trastornos depresivos y minimizar los efectos adversos del tratamiento.

En este capítulo se ha consultado prioritariamente las bases de datos de evidencia clínica ("trip database plus" y "cochrane database"), encontrando sobre depresión 244 sinopsis de evidencia clínica y 231 revisiones sistemáticas y/o meta-análisis. También se han revisado 41 guías de práctica clínica. Cuando la circunstancia lo requirió, se consultaron las fuentes primarias, fundamentalmente los ensayos clínicos aleatorios controlados.

1. FARMACOTERAPIA DE LA DEPRESIÓN.

1.1 Antidepresivos

Las revisiones sistemáticas¹¹ encontraron que los medicamentos antidepresivos comparados contra placebo, son efectivos en el tratamiento agudo de todos los grados de gravedad de los trastornos depresivos, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, y en personas con enfermedad física concomitante o sin ella. No se encontró evidencia de una diferencia clínicamente significativa en los beneficios de diferentes medicamentos antidepresivos, aunque estos varían en cuanto a sus efectos adversos. No obstante, hay que tener en cuenta algunas limitaciones de la evidencia de la efectividad de los antidepresivos en atención primaria:

Aproximadamente el 80% de los ensayos clínicos con antidepresivos se han realizado en el nivel especializado¹².

Más del 90% de los ensayos están apoyados por la industria farmacéutica, aumentando la respuesta terapéutica 4 veces cuando el estudio está financiado por estas empresas¹³.

Muchos ensayos que no han encontrado diferencias significativas entre placebo y antidepressivo no se han publicado (sesgo de publicación)¹⁴.

El rango de respuesta al placebo es muy alta, variando del 13% al 52%; mientras que la respuesta a los antidepressivos es del 32-70%. La tasa de respuesta al placebo se ha ido incrementando un 7% por década, en los ochenta y los noventa¹⁵. Probablemente por ir incluyendo en los ensayos pacientes menos graves y de atención primaria.

Las escalas usadas para medir la respuesta a los antidepressivos valoran los síntomas físicos y del humor. Por tanto, mejorías en los síntomas físicos pueden producir significación estadística sin mejoría en el humor¹⁶.

Muchos ensayos valoran la eficacia del tratamiento como mejoría (reducción del 50% del score de partida), no como remisión, permaneciendo en muchos pacientes síntomas residuales. Si se valorara la eficacia de la intervención como remisión, los resultados terapéuticos serían aun más pobres.

En la depresión leve o menor, los antidepressivos no son la primera elección en su tratamiento, ya que la mejoría espontánea o con placebo es muy elevada¹⁷.

En el contexto actual de la atención primaria española, la propuesta de intervención más razonable en la depresión moderada-severa serían los antidepressivos; cuya administración se debería hacer, tal como se recoge en las guías de práctica clínica¹⁷⁻²⁴, fomentando el apoyo emocional, con un seguimiento protocolizado y responsable, un mínimo de psico-educación al paciente, una duración apropiada y una actitud de alerta ante la gravedad del proceso, sus complicaciones y sus frecuentes recaídas.

1.1.1 Tricíclicos

Las dosis de antidepressivos Tricíclicos (ATC) menores de 100 mg son menos efectivas que las dosis mayores de 100 mg²⁵. Sin embargo, los ATC a dosis bajas²⁶, principalmente entre 75-100 mg diarios, son más eficaces que el placebo en la depresión. El problema reside en que la tasa de abandonos del tratamiento, en pacientes que toman dosis superiores a 100 mg de ATC es muy elevada. Estos abandonos se producen fundamentalmente por el aumento del número e intensidad de los efectos secundarios de los ATC.

En los ancianos²⁷, todos los antidepressivos también han demostrado su eficacia frente a placebo; tanto en pacientes institucionalizados como de la comunidad, así como en los ancianos que padecen enfermedades físicas importantes. Es posible que el tratamiento con ATC a dosis bajas sea eficaz en los ancianos, no obstante, se necesitan más estudios que lo corroboren.

En los niños prepuberales los ATC no son útiles para tratar la depresión²⁸. Existen pruebas marginales que apoyan el uso de los ATC en adolescentes, aunque es probable que la magnitud del efecto sea moderada en el mejor de los casos²⁸.

1.1.2 Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y afines

En 3 revisiones sistemáticas se comparó la eficacia entre los ATC y los ISRS y no se encontraron diferencias²⁹⁻³¹. Los ISRS parecen ser más tolerables que los ATC si observamos el número de personas que abandonan los ensayos clínicos; aunque en este aspecto no hubo diferencias significativas entre los ISRS y los antidepressivos heterocíclicos³². También los ISRS tuvieron una menor tasa de efectos secundarios que los ATC; sin embargo, la diferencia fue pequeña³³. En general, los pacientes que tomaron ATC tuvieron una mayor frecuencia de boca seca, estreñimiento y mareos; mientras que los que fueron tratados con ISRS manifestaron mayor ansiedad, nerviosismo, insomnio, agitación, cefaleas, náuseas, y diarrea (**tabla 2**). Según un estudio de cohortes³⁴, en cuanto a los efectos secundarios puede haber diferencias entre los distintos ISRS; sin embargo, en otro estudio sobre las notificaciones espontáneas de los médicos de familia³⁵, no las hubo. En cualquier caso, la Guía de práctica clínica NICE¹⁷ recomienda los ISRS como de primera elección en la depresión moderada-severa en atención primaria, ya que a igualdad de eficacia tiene menos tasa de abandonos y efectos secundarios que los ATC (grado de evidencia A).

En un meta-análisis muy reciente³⁶, se comparó la eficacia de los últimos ISRS y afines aparecidos en el mercado (sertralina, citalopram, escitalopram, mirtazapina y venlafaxina) con aquellos que ya llevaban más tiempo (fluvoxamina, paroxetina y fluoxetina). El meta-análisis no encontró diferencias entre ellos en cuanto a eficacia. La media de la incidencia de efectos secundarios de estos fármacos se recoge en la (**tabla 3**).

Un aspecto controvertido es la posible asociación de los ISRS con el aumento de las tasas de suicidios. Con la evidencia disponible hasta ahora, en población mayor de 18 años, se

puede afirmar que con los ISRS no existe un mayor riesgo de suicidios que con ATC³⁷⁻³⁸. Los ISRS, al igual que los ATC, inducen o empeoran la ideación suicida y los intentos de suicidio en las primeras fases de tratamiento. Por lo tanto, en estas circunstancias se debería aumentar las visitas de control y seguimiento, así como apoyar este rol en cuidadores y familiares³⁹. Sin embargo en pacientes menores de 18 años se ha encontrado una pequeña evidencia de que los ISRS podrían aumentar el riesgo de suicidio^{37,40-41}. Existe poca evidencia de que los ATC e ISRS supongan un beneficio importante en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes y tampoco se dispone datos a largo plazo sobre las implicaciones sobre el desarrollo cerebral de la exposición a antidepresivos⁴². Por todo ello, se debería desaconsejar la prescripción rutinaria de los antidepresivos en pacientes menores de 18 años^{39,43}.

1.1.3 Otros antidepresivos y situaciones especiales.

En una revisión sistemática los IMAO frente a los ATC, en pacientes con depresión severa, fueron menos efectivos⁴⁴. En depresión atípica (síntomas biológicos inversos: hipersomnia, somnolencia, aumento del apetito) podrían ser más efectivos los IMAO frente a los ATC⁴⁴, aunque en la guía de práctica clínica NICE¹⁷, los fármacos que se recomiendan para esta entidad nosológica en atención primaria son los ISRS (grado de evidencia C), añadiendo que en el caso de no respuesta a los ISRS y un grado de limitación funcional importante, sería un criterio de derivación al segundo nivel.

La distimia es un trastorno depresivo de naturaleza crónica pero de menor severidad que la depresión mayor, cuyos síntomas son más o menos continuos durante por lo menos dos años. En el tratamiento de la distimia los ATC, ISRS e IMAO son eficaces frente al placebo, sin que existan diferencias entre ellos⁴⁵. Las pruebas para los ATC e ISRS son las más sólidas en cuanto al número de ensayos y participantes⁴⁶. La elección del fármaco debería realizarse por tanto en base a una correspondencia entre las características individuales de los pacientes y los efectos secundarios de los fármacos.

En pacientes con riesgo de enfermedad cardíaca, los ATC pueden estar contraindicados. La venlafaxina tiene también un riesgo especial para estos pacientes ya que puede subir la presión arterial. Cuando haya que iniciar un tratamiento antidepresivo en un paciente con cardiopatía isquémica, la sertralina es el que presenta la mejor evidencia (grado de evidencia B).

Ante la no respuesta al tratamiento inicial después de 4 semanas, hay que asegurarse de que el paciente efectivamente se toma la medicación y a la dosis prescrita. Si la respuesta al tratamiento es parcial, se puede esperar hasta 6 semanas. Después de esto, si no se produce la respuesta completa, hay que valorar si la dosis que estamos dando es la adecuada y se puede ir aumentando progresivamente hasta la dosis plena sugerida para cada fármaco, siempre que los efectos secundarios lo permitan (**Tabla 4**).

La combinación de antidepresivos diferentes puede estar indicada en determinadas ocasiones de no respuesta al tratamiento con el antidepresivo inicial y a dosis plena. En general, no se recomienda esta práctica en atención primaria, reservándola para el nivel especializado o aquellos médicos de familia con un interés y formación especial en temas de salud mental (grado de evidencia C).

La combinación con otros tratamientos asociados a los antidepresivos como el litio, carbamazepina, valproato, o neurolépticos (trastorno bipolar, depresión psicótica, depresión severa refractaria) no es un procedimiento rutinario y está reservado para el nivel especializado (grado de evidencia B).

Si hubiera buena respuesta al tratamiento, se debe continuar con el antidepresivo al menos seis meses más desde la mejoría⁴⁷ (grado de evidencia A). Después de este periodo se debe revisar la necesidad de continuar con el antidepresivo en función de la existencia de episodios depresivos previos, la presencia de síntomas residuales y la concurrencia de dificultades psicosociales (grado de evidencia C)¹⁷. En pacientes con 2 o más episodios depresivos previos recientes o un gran impedimento funcional en el episodio actual, está recomendado continuar con el tratamiento al menos durante 2 años (grado de evidencia B).

1.2 Otros fármacos

En una revisión sistemática sobre el uso de benzodiazepinas asociadas a antidepresivos frente al uso exclusivo de antidepresivos⁴⁸, se encontró una mejor respuesta en la primera semana, pero esta diferencia no se observó a la sexta semana.

El litio es eficaz para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar⁴⁹. En el trastorno unipolar las pruebas son menos consistentes, y tampoco existen pruebas sobre el efecto anti-suicidio del litio⁵⁰.

La última actualización⁵¹ de las revisiones sistemáticas sobre el efecto de "la hierba de

San Juan" (*hypericum perforatum*) sobre la depresión mayor, concluye que la evidencia es inconsistente y confusa. Algunos ensayos encuentran un mínimo efecto sobre el placebo, mientras que otros sugieren que su efecto es comparable a los antidepresivos. Un problema añadido es que las preparaciones existentes en el mercado de este producto pueden variar considerablemente en cuanto a su calidad farmacéutica, lo que acrecienta aún más la confusión sobre su posible utilidad.

Las pruebas disponibles hasta ahora⁵² indican que el Triptófano y el 5-Hidroxi-Triptófano son mejores que el placebo para aliviar la depresión; aunque de 108 ensayos, sólo 2 (64 pacientes) reunieron criterios de calidad para ser fiables. Además, no se ha aclarado todavía la relación entre estas sustancias y el síndrome eosinofilia-mialgia que es potencialmente mortal. Por tanto, dado que existen antidepresivos alternativos eficaces y seguros, la utilidad de estas sustancias es limitada.

Otras medicinas como Ginkgo biloba, glutamina, fármacos homeopáticos, progesterona natural, fenilalanina, S-Adenosil-Metionina, Selenio, Tirosina, Ácido fólico, vitaminas (B, C, D, E) no disponen evidencias de su efectividad en la depresión⁵³. En la **(tabla 5)** se resume sus grados de evidencia.

2. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

El 30-40% de los pacientes que consultan al médico de familia padecen de un problema psicosocial²; sin embargo, para muchos de estos problemas no se cuenta con intervenciones psicosociales (administradas por profesionales de la atención primaria) basadas en pruebas. Es difícil definir una intervención psicosocial, pero lo esencial es que algún tipo de proceso psicológico es el centro dinámico del tratamiento del paciente. En general, se dispone de evidencias sobre la efectividad de diversas intervenciones psicológicas estructuradas y aplicadas sobre pacientes de atención primaria con depresión⁵⁴. No obstante, estos tratamientos fueron realizados por profesionales diferentes a los médicos y enfermeras de los centros de salud. Estas terapias regladas requieren de un mínimo de sesiones (6-10 o más) de al menos 45-60 minutos de duración, lo que supone un tiempo que frecuentemente los profesionales de atención primaria no podrían dedicar. La mayoría de aquellas necesitan para su aplicación de profesionales muy expertos y entrenados; lo cual entraría en contradicción con el marco y la esencia de la atención primaria, basada más bien en técnicas terapéuticas sencillas y accesibles.

En la única revisión sistemática⁵⁵, hasta ahora conocida, que evalúa las intervenciones psicosociales administradas por médicos de familia, se concluye que hay pruebas convincentes de que la terapia de resolución de problemas es efectiva para la depresión mayor. Del resto de intervenciones psicológicas regladas (cuando son administradas por médicos de familia) o no hay pruebas de su efectividad, o las que hay son insuficientes.

2.1 Psicoterapia de Atención Primaria: "psicoterapia de 15 minutos"

Hasta ahora la estrategia de que sean los propios médicos de familia los que apliquen las técnicas de intervención psicosociales, se ha fundamentado en tratar de adaptar las intervenciones regladas del nivel de atención especializado al primer nivel. Algunos autores proponen una estrategia diferente, la denominada "psicoterapia de atención primaria" o "psicoterapia de 15 minutos"⁵⁶. Básicamente, esta propuesta trata de maximizar la eficiencia de lo que se le ha denominado en los ensayos clínicos "terapia usual del médico de familia". Parte del hecho de que, de forma "no reglada", el médico de familia ya aplica intervenciones con cierto grado de efectividad⁵⁷, consiguiendo en atención primaria un 40% de remisiones de episodios depresivos, frente al 45-65% de las medidas consideradas actualmente efectivas (psicoterapias regladas, antidepresivos o la combinación de ambas)⁵⁸. La "terapia usual del médico de familia" compartiría elementos esenciales de muchas de las psicoterapias actuales: establecer una relación de confianza y ayuda, manifestar empatía y apoyo, dar sugerencias y consejos sobre posibles cambios cognitivos o conductuales, etc. Se trataría, además, de aprovechar las ventajas de que sea el propio médico de familia el terapeuta: la existencia de una relación previa establecida, la no separación de lo físico y lo psicosocial, o el conocimiento familiar y del entorno del paciente. Los pacientes suelen aceptar con agrado que su propio médico de familia intervenga sobre sus problemas emocionales, interpretándolo con frecuencia como que estos no son tan graves, lo que contribuiría al aumento de la percepción de autoeficacia del paciente. Otra ventaja añadida sería que los pacientes pueden acceder con mucha facilidad a su médico de familia, y que éste, aunque viniera el paciente por otro motivo de consulta (un resfriado, por ejemplo), podría reconducir la entrevista hacia el problema psicosocial. Por tanto, esta estrategia psicoterapéutica trataría de perfeccionar lo que el médico de familia ya hace e intentaría integrarlo en su práctica habitual de forma natural y sencilla. El esquema de esta propuesta tiene muchos puntos en común con la psicoterapia de solución de problemas y un resumen de los pasos de esta sencilla y polivalente intervención se describe en la **(tabla 6)**.

A pesar de todo, todavía no hay pruebas de que este tipo de intervenciones sean efectivas en la depresión. Permaneciendo algunos interrogantes todavía sin contestar: ¿las

intervenciones cortas (15 minutos por sesión) y frecuentes serían tan efectivas como las largas y más espaciadas?, ¿cuáles serían "las reglas" de estas intervenciones "no regladas"?, ¿cómo medir en un ensayo la intervención integrada en la práctica diaria del médico de familia en sus elementos más sencillos (establecimiento de la relación, empatía, aprovechamiento de una visita casual para alguna intervención psicosocial, etc.)? Esta podría ser una línea de investigación prioritaria, ya que los beneficios sobre los pacientes depresivos podrían ser muchos, mientras que los costes serían mínimos.

2.2 *Terapia de Solución de Problemas (TSP)*

El hecho de que ya se disponga de pruebas de que la TSP, administradas por médicos de familia y enfermeras, sea efectiva en los pacientes de atención primaria con depresión, sin duda orienta hacia donde encaminar las propuestas de intervención psicosocial en atención primaria.

Desde hace mucho tiempo se sabe que la depresión se asocia a dificultades para solucionar los problemas sociales. La TSP⁵⁹ se basa en que los problemas pueden ser definidos por el paciente así como sus síntomas y emociones asociadas. El paciente, en colaboración con el médico de familia, identifica sus problemas, los descompone y prioriza. Posteriormente, los recursos del paciente se explicitan y delimitan, se generan posibles soluciones y se proponen metas realistas, que se llevan a la práctica y se evalúan. Un esquema de estos pasos se resume en la **(tabla 7)**. Hace pocos años la terapia de solución de problemas ha tenido un desarrollo específico para la atención primaria⁶⁰, que muy recientemente ha sido ampliado⁶¹.

La TSP está pensada para las situaciones donde los problemas del paciente pueden ser definidos y el propio paciente puede generar su lista de problemas y de metas o cambios realistas, jugando el médico de atención primaria un papel fundamentalmente de "catalizador". Hay evidencias sólidas de que en depresión leve-moderada es más efectiva que el placebo o "no tratamiento" y puede ser tan efectiva como los antidepresivos⁵⁵. No existen ensayos en depresión moderada-severa ni con pacientes del segundo nivel.

La TSP no requiere un entrenamiento muy intenso y largo y puede ser administrada con eficiencia por médicos de familia y enfermeras, no existiendo diferencias entre ambos.

2.3 *Psicoterapias regladas en pacientes de Atención Primaria*

En dos revisiones sistemáticas^{54,62} se encontró que las terapias psicológicas regladas para la depresión son efectivas en más del 50% de las personas que acaban los tratamientos, en general, sin diferencias entre las diferentes terapias.

En los siguientes párrafos se exponen las diferentes terapias psicológicas que disponen de pruebas de su efectividad con pacientes de atención primaria que padecen depresión, aunque aquellas sean administradas por especialistas o terapeutas con un alto grado de entrenamiento. En la **(tabla 8)** se resume las bases y principios que las rigen.

La "Terapia Cognitiva" (TCG) dispone de una revisión sistemática⁶² que prueba su efectividad en pacientes jóvenes, adultos y ancianos frente al "no tratamiento" en depresión leve o moderada. En depresión severa es tan efectiva como los antidepresivos, pero sus efectos positivos frente a estos son superiores a largo plazo (más de 6 meses). En depresión severa (también en depresión crónica y residual) cuando se combina con los antidepresivos su efectividad es superior frente a antidepresivos o TCG aislados. La TCG de grupo es más efectiva que otras terapias de grupo, pero no hay diferencias entre la TCG de grupo y la individual.

La "Terapia Conductual" (TC). No hay revisiones sistemáticas, ni evidencias suficientes para afirmar que puede ser superior a otros tipos de psicoterapia.

La "Terapia Interpersonal" (ITP). En la actualidad no se cuenta con revisiones sistemáticas, aunque hay un pequeño número de ensayos bien diseñados que sugieren que es más efectiva que el placebo o la atención usual del médico de familia, es tan efectiva como los antidepresivos y su efectividad se incrementa combinada con los antidepresivos (en depresión severa). No hay evidencias sobre su superioridad con otras psicoterapias.

La terapia no directiva (TND). Hay una revisión sistemática⁶⁹ que encuentra la TND más efectiva que el placebo y el tratamiento usual del médico de familia, siendo tan efectiva como los antidepresivos en depresión leve-moderada.

La terapia "Psicodinámica Breve" (TPB). No existen revisiones sistemáticas. Debido a que la terapia psicodinámica es la más larga de todas las terapias no existen ensayos con criterios de calidad. Los ensayos que comparan la TPB con la TCG y los antidepresivos muestran una tendencia de mayor efectividad de los dos últimos, pero no definitiva. Sin embargo, la terapia psicodinámica podría tener su utilidad en pacientes depresivos con comorbilidad compleja.

La "Terapia de Pareja" (TP). No hay revisiones sistemáticas. Hay algunas evidencias de

que es más efectiva que la lista de espera, pero no hay datos sobre su comparación con los antidepresivos. No se hallaron diferencias cuando se la comparó con la TCG y la TIP.

Siendo más crítico aún con la valoración de la efectividad de los tratamientos psicológicos, hay una serie de factores que deben ser tenidos en cuenta en los ensayos y que no siempre son abordados y controlados en los ensayos:

Factores del terapeuta: el nivel de entrenamiento, experiencia, personalidad, valores y creencias sobre las causas de la depresión, etc., pueden influir notablemente en los resultados.

Factores de la relación médico-paciente como la empatía, el respeto, el apoyo, el consuelo o la re-moralización, etc., podrían explicar gran parte de la variabilidad del resultado de una intervención psicológica, independientemente de cual sea. Estos factores todavía son menos controlados en los ensayos.

Factores del paciente como la personalidad (perfeccionismo, auto-crítica, etc.), historia de abusos sexuales, relaciones sociales, recursos psicológicos internos, nivel cultural, pobreza, etc., podrían tener influencia sobre el mantenimiento de la depresión.

Factores del entorno como la red social y las relaciones sociales, disponibilidad de recursos sociales externos, eventos estresantes, relaciones familiares, etc.

Factores clínicos de la depresión como la gravedad, el tipo clínico y la comorbilidad (ataques de pánico, agorafobia, etc.) son determinantes en el pronóstico y la respuesta a los tratamientos, incluyendo el tratamiento psicológico.

El número, la distancia entre sesiones de intervención y su calidad deben tenerse en cuenta en la evaluación de estos tratamientos, aspirando a contar en los ensayos de un control de calidad externo sobre estos aspectos.

3. OTRAS INTERVENCIONES

3.1. Tratamiento electroconvulsivo

La terapia electro-convulsiva ha sido utilizada desde hace más de 70 años. En la actualidad se cuenta con evidencias de que es un tratamiento efectivo para la depresión severa que no responde a otros tratamientos⁷⁰. Reduce la tasa de recaídas cuando se compara con placebo, litio y antidepresivos. La combinación de antidepresivos tricíclicos y terapia electro-convulsiva no es mejor que esta última sola. Sólo está indicada como tratamiento a corto plazo y se debe obtener el consentimiento informado. Se administra con el paciente anestesiado y con relajación muscular. El efecto secundario de mayor impacto es la amnesia (anterógrada o/y retrógrada) que normalmente dura poco tiempo, aunque hasta en un tercio de los pacientes puede persistir⁷¹.

3.2. Vías de atención ("care pathways") o programas de intervención entre niveles.

Dentro de este apartado se incluye un programa o paquete de intervenciones que trata de mejorar los resultados de los antidepresivos: trabajo en colaboración entre médicos de familia y el equipo de salud mental, sesiones entre estos de manejo de casos, educación intensiva al paciente, apoyo telefónico a los pacientes por parte de enfermeras de atención primaria, y un programa de prevención de recaídas. Hasta el momento hay 7 ensayos al respecto, pero aún no se han publicado revisiones sistemáticas. Seis de los 7 ensayos se han realizado en USA⁷²⁻⁷⁶ encontrando todos unos ligeros beneficios comparados con la atención usual. El único ensayo realizado en UK⁷⁷ no halló diferencias, aunque la intervención sólo consistió en un entrenamiento para la aplicación de una guía de práctica clínica de la depresión en atención primaria. El último ensayo publicado⁷⁸ encontró que el programa completo tenía beneficios significativos a largo plazo (1.5-2 años) en ancianos depresivos, aunque en términos relativos el incremento de beneficios sobre el tratamiento usual era pobre.

3.3. Biblioterapia

Se denomina biblioterapia a aquella terapia estandarizada que reciben los individuos en sus propias casas, en forma de libro de autoayuda, y que el paciente trabaja de forma más o menos independiente. Puede estar en forma de libro clásico o mediante el uso del ordenador, aunque en los últimos años también ha aparecido en internet⁷⁹ (<http://moodgym.anu.edu.au>). La mayoría de la biblioterapia se basa en la terapia cognitivo-conductual, intentando que el paciente aprenda a controlar los pensamientos negativos en su vida diaria.

Se han publicado dos meta-análisis sobre biblioterapia y depresión. En el primero⁸⁰, se analizan 6 ensayos y no encuentran diferencias en la efectividad de la biblioterapia y la terapia individual. En el meta-análisis más reciente⁸¹ se analizan 12 ensayos encontrando también una pequeña evidencia a cerca de su efectividad. No obstante, estos resultados se deben interpretar con cautela ya que todos los ensayos emplearon muestras pequeñas y

presentaban diseños mejorables. En el ensayo más reciente⁸², que no ha sido analizado en los meta-análisis antes citados, no se encontraron diferencias significativas, después de 3 meses, entre los pacientes asignados a la biblioterapia o la lista de espera. Es necesario remarcar que la evidencia disponible es sólo aplicable sobre pacientes con depresión leve-moderada y con cierto nivel cultural.

Los libros de autoayuda más evaluados fueron "Feeling good: the new mood therapy" (USA), "Control your depresión" (USA), y "Managing anxiety and depresión" (UK).

3.4. Ejercicio

El ejercicio podría interrumpir los pensamientos disfuncionales, servir de distracción a los pensamientos negativos o incrementar la interacción social (en el caso de que se practique en grupo). El ejercicio podría incrementar los neurotransmisores mediadores de la depresión y el ejercicio enérgico podría aumentar la secreción de endorfinas. Existe una revisión sistemática específica sobre el efecto del ejercicio sobre la depresión⁸³, que concluye que no se pudo determinar la efectividad porque la mayoría de los ensayos fueron catalogados de mala calidad. La Guía de Práctica clínica para la depresión NGC¹⁸, recomienda el ejercicio regular en los pacientes con depresión pero no como sustituto de los tratamientos de primera línea (antidepresivos y psicoterapia), especialmente en depresión severa.

3.5. Fototerapia

La administración de luz brillante ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de un trastorno del estado del ánimo con episodios depresivos anuales recurrentes, el trastorno afectivo estacional⁸⁴. El mecanismo de acción de la luz aún no se comprende completamente, aunque se cree que tiene que ver con la variación de los ritmos circadianos y la secreción de melatonina. En una revisión sistemática⁸⁵ se valoró si este tratamiento era eficaz en la depresión no estacional. Se encontró un beneficio modesto, que califican de alentador. El 90% de los ensayos se realizaron en el medio hospitalario y el beneficio sólo se pudo valorar a corto plazo, especialmente en la primera semana (ningún estudio duró más de 8 semanas).

3.6. Acupuntura

La evidencia disponible⁸⁶ es insuficiente para determinar la eficacia de la acupuntura en comparación con la medicación, con la lista de espera como control o con la acupuntura simulada, para el tratamiento de la depresión. El diseño de los estudios fueron deficientes y el nº de personas estudiados muy pequeño.

3.7. Otras intervenciones

El grado de evidencia del beneficio de otras intervenciones sobre la depresión se recoge en las tablas 6,7 y 8. En la **(tabla 9)**, aspectos relacionados con el estilo de vida: yoga, meditación, religiosidad, musicoterapia, aromaterapia, relajación, danza, etc.; en la **(tabla 10)**, sobre la efectividad de los cambios dietéticos (evitar el alcohol o la cafeína, el alcohol como relajante o los aceites omega-3) y en la **(tabla 11)**, sobre terapias físicas (aire ionizado, masajes,etc.).

