

¿Aporta algo añadir fármacos al funcionamiento de la Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno Depresivo Mayor?



Francisco José Estupiñá Puig, Laura Gómez Mirón, Beatriz Cobos Redondo, Cristina Méndez Leo y Ana Rodríguez Sánchez

Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es el trastorno mental más prevalente en nuestro entorno y uno de las principales causas de incapacidad (WHO, 2010). El tratamiento de primera elección para el TDM es habitualmente farmacológico (GPC, 2011). Existen evidencias de que el tratamiento farmacológico para el TDM se ve beneficiado de la inclusión de componentes de tratamiento psicológico (Chan, 2006). A pesar de que hay estudios que argumentan que el tratamiento psicológico también se beneficiaría de un tratamiento farmacológico, (Cuijpers et al, 2009) la intensidad, componentes y estructura de los tratamientos aplicados en esos estudios muchas veces no se corresponde con las recomendaciones de los TEAs (APA, 2012), y por tanto, no constituyen un caso de Práctica Clínica Basada en la Evidencia Empírica (PCBEE; APA, 2008). Existen por tanto dudas sobre la interrelación entre terapia farmacológica y tratamiento psicológico en un contexto clínico real, en el que se sigan las recomendaciones de PCBEE.

OBJETIVOS

- Conocer si existen diferencias significativas en cuanto a características sociodemográficas y clínicas en función del uso o no de psicofármacos en pacientes que siguen un tratamiento psicológico basado en las recomendaciones de PCBEE para los trastornos del estado de ánimo.
- Analizar en qué medida un tratamiento combinado de terapia psicológica y terapia farmacológica afecta al resultado del tratamiento.

MÉTODO

Participantes: Pacientes adultos con diagnóstico primario de TDM según criterios del DSM-IV-TR, que han sido tratados en la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (N = 103).

Procedimiento: Los pacientes recibieron tratamientos multicomponentes basados en las recomendaciones de PCBEE para el TDM. El tratamiento psicológico fue individualizado tras un proceso de evaluación y diagnóstico. Aquellos pacientes que recibían también tratamiento farmacológico fueron asignados al grupo PCBEE + TF. El tratamiento farmacológico no estuvo pautado por el Centro, sino por profesionales ajenos al mismo (médicos de familia y psiquiatras de los pacientes). Todos los pacientes habían finalizado su contacto con el Centro bien por haber recibido el alta o haber abandonado el tratamiento en el momento del estudio.

Medidas:

- Características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios.
- Variables Clínicas: gravedad sintomatología depresiva (BDI-II), duración del problema, comorbilidad, tratamientos previos y duración del tratamiento (número de sesiones).
- Variables Terapéuticas: Éxito del tratamiento (alta o abandono).

Análisis de datos: La información contenida en las historias clínicas fue codificada en un fichero de SPSS 15.0. Las variables seleccionadas fueron analizadas mediante los estadísticos descriptivos adecuados, y se procedió a realizar las comparaciones estadísticas pertinentes según sus características (pruebas de t o de Chi- cuadrado) entre el grupo de PCBEE y el de PCBEE + TF. Se controló el impacto de las variables en las que aparecieron diferencias significativas sobre el resultado final del tratamiento, a través de un análisis por capas.

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Tipo de tratamiento	
	PCBEE	PCBEE + TF
N	64	39
Edad Media (años)	34,1	39,2
Sexo (% de mujeres)	44,7	30,1
Estado civil (% de casados)	18,4	12,6
Nivel de estudios (% universitarios)	33	18,5

Nota: Las pruebas chi- cuadrado y t no resultaron ser estadísticamente significativas en ninguna de las variables

Tabla 2. Características clínicas y terapéuticas

Características clínicas y terapéuticas	Tipo de tratamiento	
	PCBEE	PCBEE + TF
Media de puntuación en BDI- II pre-tratamiento*	27,0	33,0
Duración del problema (meses)	13,5	21,3
Comorbilidad (% de pacientes con más de un diagnóstico)	25	28,2
Pacientes con tratamiento farmacológico previo (%)*	17,2	56,4
Éxito del tratamiento (%)	64,2	64,1
Duración del tratamiento (nº de sesiones de tratamiento)	14,1	15,5

* Existencia de diferencias significativas con $p < 0,05$

CONCLUSIONES

- No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las características sociodemográficas entre ambas modalidades de tratamiento (PCBEE ó PCBEE + TF).
- No hay diferencias estadísticamente significativas en comorbilidad, duración del problema y duración del tratamiento psicológico entre ambas modalidades de tratamiento (PCBEE ó PCBEE + TF).
- Los pacientes del grupo de PCBEE + TF presentaron una puntuación significativamente mayor en sintomatología depresiva previa al tratamiento. Así mismo, los pacientes en el grupo de PCBEE + TF habían recibido más tratamientos farmacológicos con anterioridad al actual.
- La aplicación aislada de la PCBEE mostró, prácticamente, el mismo nivel de éxito que su aplicación conjunta con psicofármacos (en torno al 65% de finalización con éxito del tratamiento). El análisis por capas de la gravedad previa de la sintomatología depresiva descartó que ésta afectara al resultado final del tratamiento.
- No debería suponerse que la utilización de psicofármacos provee un beneficio específico a la PCBEE para el TDM.
- Dado que ambas alternativas terapéuticas obtienen los mismos resultados, parece importante profundizar acerca de cuestiones de eficiencia y en qué medida duplicar recursos (PCBEE + TF) es adecuado de cara a la optimización de la misma.

REFERENCIAS

- Labrador, F., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Dykinson.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Recuperado el 26 de abril de 2011 de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13314/52601/52601.pdf>.
- Who (2012). Disponible en http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/index.html el 10 de noviembre de 2012.
- GPC (2011). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf el 10 de noviembre de 2011.
- Chan, Eric King-Hay (2006) Therapist, client factors, and efficacy in cognitive behavioural therapy: A meta-analytic exploration of factors that contribute to positive outcome. *ProQuest Information & Learning*
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. and Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress. Anxiety*, 26: 279–288. doi: 10.1002/da.20519

AGRADECIMIENTO Y DIRECCIÓN

Nuestro agradecimiento al equipo de psicólogos de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM (Ignacio Fernández-Arias, Noelia Morán, Sara Escudero, Amanda Gómez y Roberto Gómez).

Dirección para la correspondencia en relación a este póster: Francisco José Estupiñá, Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid. Correo electrónico: clinica@psi.ucm.es.