

## EFICACIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS Y DE LA PSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Percy Guzmán Grados\*  
Hospital Nacional Hipólito Unanue

### RESUMEN

El presente estudio es una revisión sistemática de meta análisis con el objetivo de conocer la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión en comparación con la psicoterapia. Se empleó la metodología de la Medicina Basada en Evidencias (MBE) para seleccionar 21 estudios recientes de meta análisis sobre el tema, y se encontró que el 48% respaldaba la superioridad o eficacia de la psicoterapia, el 38% no encontraban evidencia suficiente para establecer una conclusión sólida sobre la equivalencia o superioridad de uno u otro, y un 24% indicaban que ambos eran igualmente eficaces. Ningún estudio de meta análisis concluyó que el uso de antidepresivos era superior en efectividad al empleo de la psicoterapia. Se revisó una guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la depresión, encontrándose que no se recomienda el uso de antidepresivos en la *depresión menor* o en la *depresión mayor leve* (salvo excepciones), y que la depresión mayor moderada o grave debe recibir un tratamiento combinado de antidepresivos y psicoterapia.

Palabras claves: depresión, antidepresivos, psicoterapia, industria farmacéutica, conflictos de interés

## EFFICACY OF ANTIDEPRESSANTS AND PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF DEPRESSION

### ABSTRACT

The present study is a systematic review of meta-analysis in order to determine the effectiveness of antidepressants in the treatment of depression compared with psychotherapy. The methodology of Evidence Based Medicine (EBM) was used to select 21 recent meta-analysis studies on the subject, and found that 48% supported the superiority and effectiveness of psychotherapy, 38% did not find sufficient evidence to establish a solid conclusion on equivalence or superiority of either, and 24% indicated that both were equally effective. No study of meta-analysis concluded that antidepressant use was higher in effectiveness over psychotherapy. A Clinical Practice Guidelines on the treatment of depression was reviewed, finding that the use of antidepressants in *minor depression* or *mild major depression* (with exceptions) is not recommended, and *moderate to severe major depression* should receive a combination therapy of antidepressants and psychotherapy.

Keywords: depression, antidepressants, psychotherapy, pharmaceutical industry, conflicts of interest

\* Magíster en Psicología, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Universidad César Vallejo. Correspondencia: percygg23@yahoo.com

## A EFICÁCIA DOS ANTIDEPRESSIVOS E PSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

### RESUMO

O presente estudo é uma revisão sistemática de meta-análise, a fim de determinar a eficácia dos antidepressivos no tratamento da depressão, em comparação com a psicoterapia. A metodologia de Medicina Baseada em Evidências (MBE) foi usado para selecionar 21 estudos meta-análise recente sobre o assunto, e descobriu que 48% apoiaram a superioridade e eficácia da psicoterapia, 38% não encontrou provas suficientes para estabelecer uma conclusão sólida sobre a equivalência ou superioridade de qualquer um, e 24% indicaram que ambos foram igualmente eficazes. Nenhum estudo de meta-análise concluiu que o uso de antidepressivos foi maior no emprego eficácia da psicoterapia.

A prática clínica guia para o tratamento da depressão foi revisado e está em uso de antidepressivos em depressão menor ou depressão leve (exceções) não são recomendados, e depressão mais moderada ou grave devem receber tratamento combinação de antidepressivos e psicoterapia.

Palavras-chave: depressão, antidepressivos, psicoterapia, indústria farmacêutica, os conflitos de interesse

En las dos últimas décadas se ha incrementado notablemente el uso de medicamentos destinados al tratamiento de diversos trastornos psicológicos, fenómeno que aparentemente acompaña la modernidad e industrialización creciente de nuestras sociedades, siendo también evidente en nuestro medio; de manera que al presente es relativamente rutinario que los afectados por cuadros de ansiedad y depresión (en sus diversas variantes), esquizofrenia, trastorno bipolar y obsesivo-compulsivo, entre los más significativos, recurran a los psicofármacos usualmente recetados por un psiquiatra, como la principal y a veces única medida terapéutica para sus padecimientos.

No obstante, hay más de un indicio que lleva a cuestionar la vigencia y utilidad de esta práctica médica. En primer lugar, el poco disimulado interés de la industria farmacéutica por apoyar la prescripción casi indiscriminada de psicofármacos para las diversas “enfermedades mentales”, término que por sí mismo también es bastante cuestionable, y que ha sido puesto sobre el tapete más de una vez y con toda razón por los propios especialistas (Szasz, 1961; García-Valdecasas & Vispe, 2010).

Da la impresión que para cada trastorno tenemos el remedio correspondiente puesto a la

mano por los grandes laboratorios, quienes auspician los ensayos clínicos (aunque no siempre difunden los resultados), desarrollan una intensa campaña publicitaria y cuentan con una logística muy compleja a su servicio para poner sus productos al alcance de su público objetivo usual: los médicos psiquiatras.

Y así llegamos al segundo eslabón indispensable de esta cadena, ya que en el campo de la psiquiatría se tiende, como es natural, a mantener la vigencia de su especialidad ante el avance, quizá amenazante para algunos, de la neurología (neurociencias) por un lado, y de la psicología por el otro. En esa línea, ser el responsable de un tratamiento diferenciado por periodos prolongados (y cada vez más prolongados) es una oportunidad de reafirmar su contribución, pero también representa el riesgo de no estar tomando las decisiones que fueren más convenientes para el bienestar de los pacientes, quienes finalmente son la razón de la existencia de nuestro sistema de salud.

Asimismo, el tema que consideramos también conlleva implicancias éticas más allá de la obvia referida al esclarecimiento de los reales beneficios de la medicación psiquiátrica: el conflicto de interés (investigadores, publicaciones especializadas y grupos de expertos

que tienen vínculos con la industria farmacéutica) y la realización de ensayos clínicos con uso de placebo.

El conflicto de interés que representa el que los patrocinadores de la mayor parte de estudios en esta área sean los grandes grupos farmacéuticos, quienes muchas veces tienen a los investigadores en planilla como consultores permanentes o eventuales, ha sido resaltado numerosas veces y denunciado inclusive por los mismos psiquiatras (Mata & Ortiz, 2003; García-Valdecasas & Vispe, 2010). En conexión con esto también está la influencia de dicha industria sobre los "expertos" que tienen a su cargo la actualización de los manuales de clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV y CIE-10), cuyas categorías diagnósticas se multiplican en cada edición. Adicionalmente, en años recientes también ha salido a la luz que un buen porcentaje de estudios con resultado negativo para la droga propuesta, son distorsionados en su presentación para no hacerlo patente o, sencillamente, no se publican nunca (Turner et al., 2008).

Acerca del uso del placebo, partimos de una experiencia práctica que se vive en los Comités de Ética Institucional cuando se evalúan protocolos para efectuar ensayos clínicos con psicofármacos que incluyen un uso parcial de un grupo placebo, es decir, dejar temporalmente a pacientes con un trastorno psicológico sin la medicación que ya venían consumiendo.

Desde el punto de vista científico y ético, tal situación sólo es aceptable cuando el medicamento que consumen no está plenamente acreditado en su eficacia, y de algún modo eso era lo que dejaba entender el *brochure* del laboratorio auspiciador. Sin embargo, ese mismo laboratorio es el que está detrás de los médicos psiquiatras quienes no son nada relativos, sino más bien enfáticos, cuando afirman la necesidad del uso taxativo y prolongado de dichos fármacos, como si fueran la cura ya plenamente establecida de tales "enfermedades".

Asimismo, no es pequeño el dilema ético que supone prescribir durante períodos extensos

medicamentos que pueden originar serios efectos secundarios (además de su costo que no suele ser económico), si contamos con una alternativa eficaz y desprovista de tales riesgos, y que en este campo estaría representada por las intervenciones psicológicas.

En cualquier caso, la mejor manera de conocer el aporte y las limitaciones de los psicofármacos en el tratamiento de los trastornos psicológicos consiste en efectuar una revisión de los estudios científicos que al respecto se hubieren realizado. Al presente contamos con instrumentos apropiados producto del desarrollo del enfoque de la Medicina Basada en Evidencias (MBE), donde su eficacia real será establecida al contrastarla con la alcanzada con las intervenciones psicológicas, y estaremos en condiciones de dar una respuesta inicial a la interrogante que planteamos delimitando nuestra área de estudio:

*¿Cuál es la eficacia de los antidepresivos y de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión?*

## Objetivos

### General:

Conocer la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión en comparación con la psicoterapia.

### Específicos:

- a) Conocer la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión.
- b) Conocer la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión.

Luego de desarrollar el *marco teórico* que dados los objetivos señalados es particularmente relevante, se expondrá la *metodología* utilizada que se centra en el empleo de los instrumentos de la MBE para seleccionar estudios de meta análisis sobre el tema, y en la revisión de una guía de práctica clínica contrastada y reconocida sobre el tratamiento de la depresión; pasaremos a exponer y sintetizar los *resultados* de 21 estudios de meta análisis recientes, los hallazgos de la guía y, finalmente, las *conclusiones y recomendaciones*

de esta revisión sistemática de meta análisis.

Durante las últimas décadas del siglo pasado asistimos a un cambio en el paradigma de comprensión de los temas de salud/enfermedad y de la conducta humana asociada a los mismos, pasando del tradicional modelo biomédico al modelo biopsicosocial, que suponía una integración de los avances en el conocimiento de los determinantes de la salud (Lalonde, 1974), en armonía con la conocida definición de la misma de la Organización Mundial de la Salud (OMS): presencia de bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

En el campo de la salud mental, con mayor razón suponía el reconocimiento de los determinantes psicológicos y sociales en la emergencia de los trastornos y problemas emocionales y de conducta; el modelo tradicional sólo consideraba los efectos psicológicos y sociales del trastorno, mas no los veía como factores etiológicos.

Sin embargo, en paralelo y hasta en contraposición con este cambio, se dio la emergencia en la especialidad de psiquiatría de una postura que reafirmaba la base biológica de los llamados “trastornos y enfermedades mentales”, quizá como una manera de elevar su propio prestigio colocándose al nivel de otras especialidades médicas reconocidas desde siempre (Infocop, 2012b). El poder disponer de medicación psicofarmacológica para el tratamiento de tales trastornos, luego de largos años de ser mirados de soslayo por sus colegas, sin duda impulsó la apuesta por una psiquiatría biológica.

En ese escenario surge la industria farmacéutica como un actor inesperado y con un poder cada vez más avasallador en las últimas tres décadas; sus intereses eran perfectamente congruentes con los de la psiquiatría biológica: poder disponer de una variedad creciente de medicamentos recetados para una diversidad también creciente de “trastornos psiquiátricos” (en realidad, estrictamente hablando, *todos son*

*trastornos psicológicos*, aunque el tratamiento pueda ser psiquiátrico).

Para entender cómo la psiquiatría biológica devino en una psiquiatría cada vez más comercial nos permitimos mencionar los apartados siguientes propuestos por García-Valdecasas & Vispe (2010).

Industria farmacéutica, ciencia y formación profesional

Ya Mata y Ortiz (2003) habían señalado que para la industria farmacéutica era fundamental el mantenimiento del modelo biomédico (neuroquímico) de la enfermedad mental, ya que así sus productos pasan a ser el centro del tratamiento. Gastan enormes sumas en investigación pero sus ensayos clínicos tienen un aroma de marketing inocultable, que va acompañado de posteriores eventos de “formación profesional continua” (congresos, charlas y demás reuniones científicas) donde promocionan sus productos, directa o indirectamente. La industria farmacéutica cubre los gastos del ponente de turno, del evento y los agasajos asociados (cenas y espectáculos culturales, por ejemplo), y facilita el acceso de los especialistas (viajes y hoteles incluidos, en algunos casos). En los EE.UU., aproximadamente el 20% de la financiación de la *Asociación Psiquiátrica Americana* (APA) proviene de las compañías farmacéuticas; y se ha constatado (gracias a las “leyes de transparencia”) que los psiquiatras son el colectivo que más dinero recibe en comparación con las demás especialidades (Infocop, 2012b).

Igualmente, se aprecian sesgos de publicación: los ensayos con resultados negativos generalmente no aparecen en las revistas científicas. Turner et al. (2008, citado por García-Valdecasas & Vispe, 2010) encontraron que “(...) de 74 estudios registrados por la FDA americana acerca de la eficacia de distintos antidepresivos, el 31% (incluyendo 3,449 participantes) no fueron publicados.” De los 36 estudios con resultados adversos o cuestionables, “(...) 3 se

*publicaron, 22 no fueron publicados y 11 se publicaron de tal manera que, en opinión de Turner et al, inducían a percibir un resultado positivo. En la literatura publicada, el 94% de los ensayos fueron positivos, mientras que los análisis de la FDA mostraban sólo un 51% de resultados positivos.”* (García-Valdecasas & Vispe, 2010).

En esa línea, también se recurre a publicar los resultados de un estudio “por partes” en diferentes artículos, dividiéndolos por centros de investigación o fases del estudio, y alterando el orden de los autores para generar la impresión que la evidencia resaltada proviene de distintos ensayos y no de uno solo (Mata & Ortiz, 2001). De manera que las publicaciones científicas terminan siendo publicidad, a veces muy poco disimulada, de los productos de la industria farmacéutica; máxime si también los profesionales que conforman su comité editorial (que decide qué artículos aparecen) guardan vínculos con ella como investigadores o consultores.

Asimismo, la elaboración de guías de práctica clínica también puede esconder serios conflictos de interés cuando la mayor parte de sus autores reciben dinero de la industria farmacéutica o trabajan como sus asesores. Cosgrove et al. (2009, citado por García-Valdecasas & Vispe, 2010) encontraron recientemente que “...el 90% de los autores de tres de las principales guías de práctica clínica en psiquiatría, tenían vínculos financieros con las compañías que producían los fármacos que eran explícita o implícitamente recomendados en dichas guías... Ninguna de estas relaciones comerciales era revelada en las guías clínicas.”

Las denominaciones de categorías tradicionales de nivel funcional para los fármacos usados en psiquiatría también han experimentado un cambio bastante ilustrativo de la tendencia que examinamos. Antes se hablaba de tranquilizantes mayores, neurolépticos o estimulantes; al presente, se privilegia denominarlos *antipsicóticos* o *antidepresivos*, sugiriendo la existencia de fármacos específicos para trastornos

específicos. Y la tendencia al futuro apunta a considerar que existe una “dimensión o espectro” (autista, depresivo, obsesivo...) en el que casi cualquiera podría quedar incluido y, naturalmente, susceptible de que se le prescriban psicofármacos.

Parecería entonces que la industria farmacéutica viene marcando la pauta de la investigación, la docencia y la formación profesional en psiquiatría, desde donde se difunde (a pacientes, familiares y comunidad) en un reduccionismo biologicista inaceptable que los trastornos psicológicos surgen por un defecto en la bioquímica del cerebro (“exceso de dopamina, escasez de serotonina” y otras hipótesis semejantes). Al respecto, en una revisión sobre el tema de Marcia Angell (Infocop, 2012) se concluye que “(...) después de décadas de investigación, los resultados científicos evidencian que la teoría del desequilibrio químico para explicar las enfermedades mentales no se sostiene.” Antes bien, se indica que el desequilibrio químico es consecuencia de la medicación: “(...) una vez que una persona inicia el tratamiento farmacológico, que de una manera u otra abre una llave en la mecánica habitual de la transmisión neuronal, su cerebro empieza a funcionar de manera anormal.”

#### Industria farmacéutica y nosografía

En la clasificación de los trastornos mentales ha jugado un papel predominante desde la segunda mitad del siglo pasado la propuesta de la *Asociación Psiquiátrica Americana* (APA), cuyo *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) ya va por su quinta versión (2013), y es considerada por muchos psiquiatras (y psicólogos) como “La Biblia” en dicho tema. La DSM-III (1980) supuso un cambio de paradigma notable al dejar de lado la visión psicoanalítica, hasta entonces relativamente vigente, para apostar por una “psiquiatría científica”, que privilegiaba el modelo biomédico, como fue reconocido por Robert Spitzer, quien fue el director de todo el equipo que la elaboró (Infocop, 2012b). Esa dirección se ha mantenido pero, como se ha denunciado, en cada edición no

se ha hecho sino aumentar las categorías diagnósticas o sobredimensionarlas, aprovechando que en esta área predomina la subjetividad y la falta de signos objetivos:

DSM-II:	162
DSM-III:	265
DSM-IV:	365

Aunque parezca inverosímil, *los amplios (y costosos) volúmenes del DSM no contienen citas de los estudios científicos que sustenten las decisiones tomadas acerca de los conceptos propuestos (categorías y subcategorías de trastornos) y de la vigencia de los síntomas o signos que los componen*. Sencillamente, reflejan la opinión (cual verdad revelada) de sus autores (Infocop, 2012b).

Esta situación ha llevado a considerar justificadamente que se están “inventando trastornos mentales” (González & Pérez, 2007), con la finalidad principal de ofrecer medicación eficaz para su tratamiento. Por ejemplo, el *trastorno por estrés postraumático* apareció por primera vez en el DSM-III, ligado a la urgencia social y política de darle un nombre a la sintomatología ansioso-depresiva que presentaban los veteranos de la guerra de Vietnam. Con el tiempo el diagnóstico se independiza de tal origen, y se extiende casi como epidemia a múltiples situaciones de sufrimiento secundarios a fuertes impactos emocionales; y las víctimas de los mismos pasan a ser “enfermos”, con todas las implicancias que tal denominación conlleva.

El problema es que un observador neutral o poco avisado, puede considerar dichas categorías como entes naturales (como la hepatitis, la tuberculosis o la diabetes), y no como lo que en verdad son: *una creación histórico-social*, una entidad sólo en apariencia tangible y producto, más bien, de la visión sesgada de un grupo minoritario pero influyente de nuestro tiempo (González & Pérez, 2007). Se ha denunciado la presencia de graves conflictos de interés en este tema, por las vinculaciones entre la

industria farmacéutica y los expertos que trabajaron el DSM-V, y que alcanzarían al 67% de los miembros del comité de trastornos del estado de ánimo, al 83% del comité de trastornos psicóticos, y al 100% del comité de trastornos del sueño (Infocop, 2012c).

Más de uno considera que con el tema de la depresión sucede algo parecido, ya que hasta 1980 no era un diagnóstico muy frecuente y, curiosamente, los casos se habrían multiplicado desde la aparición del DSM-III y de los nuevos antidepressivos (bastante más costosos que los antiguos). ¿Cómo explicar esta paradoja? ¿Tenemos mejores medicamentos pero la depresión en vez de disminuir, más bien aumenta? ¿Estamos ofreciendo el mejor tratamiento disponible?

Las campañas machaconas de considerar a la depresión “*una enfermedad como las demás, que debe ser medicada*” (por mucho tiempo...), el buscar “*depresiones ocultas*” (inclusive en niños), probablemente revela una tendencia de la sociedad actual de intolerancia para la tristeza y el bajo humor, como si lo único natural en los seres humanos fuera la alegría y la sensación de bienestar: “*(...) el término depresión capitaliza clínicamente lo que de otra manera serían experiencias normales de la vida con un curso natural.*” (González & Pérez, 2007). En la misma línea, se ha señalado que la fobia social habría sido establecida como un diagnóstico a partir de un planificado sistema de marketing efectuado por la compañía farmacéutica Glaxo-SmithKline, con la finalidad última de promover a su molécula paroxetina como la indicada en su tratamiento (Moynihan & Cassels, 2005; citado por García-Valdecasas & Vispe, 2010). Su prevalencia pasó en los 10 primeros años del 2.75% a un 13.3% (Horwitz, 2002).

Entonces, vemos que esta tendencia no es gratuita, ni surge del puro desarrollo científico o académico *per se*. Otro ejemplo todavía más reciente de diagnósticos sobredimensionados es el del *trastorno bipolar*, donde se ha recurrido a la estrategia de bajar el umbral diagnóstico para

detectar un episodio maniaco, de manera que mostrarse impulsivo, exaltado, más alegre de lo usual o particularmente inquieto ya puede calificar como tal. Y como detectar episodios depresivos cada vez es menos extraño, el diagnóstico está a la vuelta de la esquina, con todas las secuelas inevitables que conlleva de estigma, cronicidad y medicación eutimizante permanente (extendida, en no pocos casos, hacia ansiolíticos y antipsicóticos). Tal vez el cambio de denominación de la antigua *psicosis maniaco-depresiva* por el de *trastorno bipolar*, bien podría haber formado parte de una estrategia para convertirlo en un cuadro más amigable, más aceptable por la comunidad especializada y no especializada. Un derivado inesperado de este estado de cosas es que tanto en nuestro medio, como en el extranjero, las expectativas sobre el trastorno bipolar han ido cambiando, al punto que personajes del espectáculo aparecen ocasionalmente a declarar su condición de tales o sus antecedentes de esa naturaleza; casi diríamos que está de moda ser bipolar en esta epidemia moderna.

En suma, se amplían las categorías de trastornos (incluyendo también sus “precursores”), se bajan los umbrales de diagnóstico, y se enfatiza el tratamiento prolongado con fármacos que son caros, para nada inocuos y quizá, sin ningún beneficio tangible para sus consumidores que podemos ser casi cualquiera, ya que nadie está libre de tener un *trastorno disfuncional del carácter con disforia, trastorno por atracones, trastorno de oposición desafiante, trastorno de hipersexualidad, obsesión por acumular objetos, o un trastorno cognitivo menor*, por ejemplo, todos ellos novísimas categorías del DSM-V (2013). Es más, se suele privilegiar en la definición del trastorno basada en síntomas (un síndrome), aquellos que serían sensibles a la medicación (González & Pérez, 2007). El psiquiatra, entonces, actúa como un experto que da la impresión de entender a sus pacientes, aunque su labor central más se acerca a la asignación de etiquetas y la correspondiente prescripción, luego de verificar la presencia de determinada cantidad de síntomas (por ej. 5 de 10;

Infocop, 2012b).

Hasta el *duelo por la pérdida de un ser amado* es ahora susceptible de ser considerado un trastorno y sujeto al tratamiento con antidepresivos: es la medicalización generalizada de nuestra sociedad que pareciera no tener límites; la psiquiatrización del disconfort emocional y de la conducta de niños y adultos (Conrad, 2007). Huelga decir que las ventas del DSM constituyen una de las principales fuentes de ingreso para la APA (más de un millón de copias vendió el DSM-IV; Infocop, 2012b).

Esta situación ha llevado a que una institución de tanta importancia como el *Instituto Nacional de Salud Mental* (NIMH) de Estados Unidos, haya decidido abandonar la clasificación del DSM, y apoyar financieramente de manera preferente a las investigaciones que no se ajusten a la misma; en palabras de su director, Thomas Insel: “(...) *el DSM carece de validez, y los pacientes con trastornos mentales se merecen algo mejor*” (Infocop, 2013).

Naturalmente, la *Asociación Psicológica Americana* (la otra APA), y la *División de Psicología Clínica Británica* se han pronunciado oportunamente sobre las controversias suscitadas por el DSM-V, y apoyan decididamente el cambio en la visión vigente de los trastornos psicológicos y de la clasificación de la conducta y de las experiencias humanas (Infocop, 2013a; DCP, 2013).

Industria farmacéutica, eficacia terapéutica y seguridad

El sesgo de la información que llega a los psiquiatras que prescriben psicofármacos se hace patente cuando consideramos que proviene de la misma industria farmacéutica a través de sus visitantes médicos, de charlas y reuniones financiadas y organizadas por los laboratorios, o de las revistas que publican ensayos patrocinados por la gran industria.

En ese contexto, se han realizado

esfuerzos para tener una visión más independiente de los efectos de los psicofármacos, incluyendo su eficacia y seguridad, que no siempre guarda correspondencia con la información que propalan los laboratorios. Como ilustración mencionaremos algunos de estos estudios efectuados en años recientes.

En un meta análisis basado en datos suministrados a la FDA y que comprendían un total de 5,133 pacientes, se constató que “(...) *excepto en depresiones graves, los antidepresivos fluoxetina, venlafaxina, paroxetina y nefazodona no son más eficaces que placebo.*” (Kirsch et al., 2008; citado por García-Valdecasas & Vispe, 2010). La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) identifica un mayor riesgo de malformaciones congénitas cardiovasculares asociado con el uso de fluoxetina durante el primer trimestre del embarazo; igualmente, hipertensión pulmonar en neonatos asociada con el uso de fluoxetina, citalopram, mirtazapina, paroxetina, sertralina y venlafaxina durante el embarazo, en especial en su fase final. Asimismo, un incremento del riesgo de fracturas óseas ligado al uso de antidepresivos tricíclicos (ISRS), sin que se pueda precisar el mecanismo (AEMPS, 2010a, 2010,b).

En un estudio observacional con 300 niños y adolescentes se encontró que el 84% de los tratados con olanzapina luego de 12 semanas aumentaron de peso un mínimo de 7%, y cerca del 30% presentaron dislipidemia (Correll et al., 2009). En otra investigación con diseño de cohortes retrospectivo se concluyó que “(...) *el riesgo de arritmias ventriculares graves y muerte súbita cardíaca en el tratamiento con antipsicóticos atípicos es al menos tan alto como con los tradicionales. Estamos hablando de 2.9 muertes por mil pacientes/año, (...) una incidencia baja pero no rara y, en ausencia de una clara efectividad del fármaco, la posibilidad que existe de dañar es inaceptable.*” (Wayne et al., 2009; citado por García-Valdecasas & Vispe, 2010).

En un estudio de casos y controles en

jóvenes con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, se encontró que los fármacos psicoestimulantes se asocian con el aumento del riesgo de muerte súbita; para el metilfenidato el incremento del riesgo se estimó en unas 7 veces (Gould et al., 2009). También se han asociado con estos estimulantes la presencia de alucinaciones y retrasos significativos de peso y altura en la infancia (García-Valdecasas & Vispe, 2010; Infocop, 2012b).

Y no son pocos los investigadores que han señalado que la tendencia a la cronificación de los trastornos psicológicos tiene más que ver con el uso de los psicofármacos antes que con la entidad en sí. Robert Whitaker (Infocop, 2012a) afirma que “(...) *todos ellos, incluso los que alivian los síntomas a corto plazo, causan daños cerebrales a largo plazo, cuya duración se prolonga más en el tiempo que los daños que se hubieran derivado de la progresión natural de la enfermedad mental, sin intervención farmacológica.*”

El daño puede llegar al nivel de una atrofia cerebral, como lo indican los estudios en neurociencia efectuados por Nancy Andreasen (Infocop, 2012a): “(...) *el consumo de psicofármacos impide que la corteza prefrontal reciba la entrada de lo que necesita y empieza a experimentar apagones. Lo que se traduce en síntomas psicóticos. Esto también hace que la corteza prefrontal se atrofie lentamente.*” Steve Hyman, quien ha sido director del *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU. y también Rector de la Universidad de Harvard, reconoce que el consumo prolongado de psicofármacos produce “(...) *alteraciones sustanciales y de larga duración en la función neuronal.*” (Infocop, 2012a). Por si fuera poco, los efectos secundarios de una droga, como sabemos, se combaten con la prescripción de otra droga, dando lugar a un verdadero cóctel o espiral de medicamentos.

Abundando sobre el tema, Marcia Angell concluye: “(...) *si estuviéramos seguros de que los beneficios de los psicofármacos superan con creces los daños que provocan, este sería un*



*potente argumento (...) Pero (...) es probable que estas expectativas no se correspondan con la realidad (...) Al menos, tenemos que dejar de creer que los psicofármacos son el mejor y único tratamiento para la enfermedad mental y el sufrimiento psicológico. Tanto la psicoterapia como el ejercicio físico han demostrado ser tan eficaces como los psicofármacos para la depresión y sus efectos son más duraderos; sin embargo, por desgracia, no existe una industria para impulsar estas alternativas.” (Infocop, 2012a).*

A lo mencionado resta añadir el elevado costo de los psicofármacos; la industria farmacéutica lo justifica señalando lo mucho que invierten en investigación, pero se calcula que sus gastos en marketing superan ampliamente en su presupuesto a la inversión en investigación y desarrollo (30% contra 12%; García-Valdecasas & Vispe, 2010). Es notorio que los laboratorios van comercializando sucesivamente nuevas presentaciones del mismo principio activo, para que la caducidad progresiva de las patentes (que origina la competencia de los fármacos genéricos) no afecte sus ingresos. Y, naturalmente, publicitan que la nueva presentación es estupenda y que la anterior no era lo ideal.

En esa misma línea, para mantener y ampliar su mercado ya que finalmente lo suyo es un negocio, cuando va a expirar la patente también recurren a la estrategia de modificar en algún aspecto no sustantivo la molécula y, entonces, tenemos un nuevo fármaco; y, sin contar con alguna evidencia, se presenta como superior al anterior “porque es lo último que hemos desarrollado”. Ejemplos recientes: cuando caducó la patente de risperidona, se empezó a comercializar la paliperidona; igual ocurrió con el citalopram y el escitalopram (García-Valdecasas & Vispe, 2010).

Para finalizar este recuento podemos citar al Premio Nobel de Química de 2009, Thomas Steitz, quien denunció que los laboratorios farmacéuticos “(...) *prefieren centrar el negocio en medicamentos que sea necesario tomar durante toda la vida (...). Puede sonar cínico, pero las farmacéuticas no quieren que la gente se*

*cure.” (Infocop, 2012).*

## MÉTODO

### Diseño

El estudio es de naturaleza observacional descriptiva, y se efectuó a través de una revisión sistemática de la literatura en el contexto de la Medicina Basada en Evidencias (MBE).

### Estrategia de Búsqueda

Luego de establecidos el tema y los objetivos del estudio, se procedió a efectuar una búsqueda de fuentes recientes y pertinentes que sirvieran de punto de partida; en base a dichos aportes se elaboró el Marco Teórico, que dada la naturaleza de nuestro estudio constituye un punto central de cara a los objetivos propuestos.

En un segundo momento, empleando las facilidades que otorga la *Biblioteca Virtual en Salud (BVS)*, y los recursos de la *Biblioteca Cochrane* y sus portales acreditados y asociados, se extrajeron 21 estudios de meta análisis que estaban referidos a la eficacia y seguridad en el uso de los antidepresivos, incluyendo en muchos de ellos su comparación con la psicoterapia, que se puede dar en diversas modalidades aunque era notorio el predominio de la terapia cognitivo-conductual. Dicho uso no estaba limitado exclusivamente a cuadros con diagnóstico clínico de depresión; en tres de los estudios se usaron para el tratamiento de bulimia, trastorno de pánico con o sin agorafobia, y dismorfofobia.

El número total de estudios revisados (21) no respondió a ningún criterio preestablecido, y fue el resultado de una búsqueda relativamente amplia que sin agotar el tema, estimamos que representa el estado del arte al 2013, al menos en los señalados recursos de MBE. Se le dio preferencia a los estudios realizados durante la última década.

Por último, también se consideró oportuno revisar una guía acreditada y actualizada sobre el manejo de la depresión, eligiéndose la *Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la*

*depresión en Atención Primaria* (García-Herrera et al., 2011), que es la guía vigente sobre el tema en España, y que resume el saber actual sobre el tratamiento de la depresión en el nivel de “Sistema”, que es el de mayor autoridad en la búsqueda de evidencia (Virgilio R. et al., 2007; citado en Canchihuamán, 2013).

## RESULTADOS

### Estudios de meta análisis

En total se identificaron 21 estudios (ver detalle en Anexo 1). Su denominación, el número de investigaciones y el total de personas que incluía cada meta análisis se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1.

*Estudios de meta análisis revisados, número de investigaciones incluidas y total de personas involucradas por cada meta análisis.*

Estudio de meta análisis	Número de investigaciones incluidas	Total de personas involucradas
1. Antidepresivos versus tratamientos psicológicos y su combinación para la bulimia nerviosa (Bacaltchuk, J., Hay, P. & Trefiglio, R., 2008)	17	N.D.
2. Psicoterapia combinada más antidepresivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia (Furukawa, T., Watanabe, N. & Churchill, R., 2008)	21	1,709
3. Ejercicio para la depresión (Mead Gillian E, Morley Wendy, Campbell Paul, Greig Carolyn A, McMurdo Marion & Lawlor Debbie A., 2008)	23	907
4. Continuation and maintenance treatments for depression in older people (Wilkinson, P. & Izmeth, Z., 2013)	7	803
5. Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents (Cox, G., Fisher, C., De Silva, S., Phelan, M., Akinwale, P., Simmons, M., & Hetrick, S., 2013)	9	882
6. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients (Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburnl, M., 1998)	48	2,765
7. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders (Feijo de Mello, M., Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H. & Neugebauer, R., 2005)	13	2,199
8. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review (Rodin, G., Lloyd, G., Katz, M., Green, E., Mackay, J. & Wong, R., 2007)	11	1,259
9. Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: a meta-analysis (Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G. & Cuijpers, P., 2010)	23	4,209
10. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis (Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. & Andersson, G., 2009)	25	2,036
11. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression (Ekers, D., Richards, D. & Gilbody, S. 2008)	17	1,109
12. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis (Spielmans, G., Berman, M. & Usitalo, A., 2011)	15	1,975
13. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials (Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M. & Berardi, D., 2008)	10	1,736
14. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto (Dennis, C. & Dowswell, T., 2013)	28	17,000
15. Terapias psicológicas versus medicación antidepresiva, solas y en combinación, para la depresión en niños y adolescentes (Cox, G., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S., Parker, A. & Hetrick, S., 2012)	10	1,235
16. Placebos activos versus antidepresivos para la depresión (Moncrieff, J., Wessely, S. & Hardy, R., 2011)	9	751
17. Psicoterapia para la depresión en pacientes con cáncer incurable (Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T. & Furukawa, T., 2008)	10	780
18. Tratamientos para la depresión en la enfermedad de Parkinson (Shabnam, Ghazi-Noori, TH Chung, KHO Deane, H Rickards, CE Clarke, 2008)	3	106
19. Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia (Bains, J., Birks, J. & Denning, T., 2008)	3	107
20. Tratamiento antidepresivo para la depresión posparto (Hoffbrand, S., Howard, L. & Crawley, H., 2008)	1	N.D.
21. Farmacoterapia y psicoterapia para la dismorfofobia (Ipser, J., Sander, C. & Stein, D., 2009)	4	169

Una síntesis de los estudios por categorías de acuerdo con sus conclusiones aparece en la Tabla 2.

Tabla 2.  
*Resumen de resultados de los estudios de meta análisis sobre el uso de antidepresivos y psicoterapia.*

Conclusión del estudio (más de una opción)*	Estudio (número según lista en el anexo 1)		Total	%
	En depresión	En otro trastorno**		
<b>Superioridad/eficacia de antidepresivo</b>	-	-	0	0
<b>Igualdad entre antidepresivo y psicoterapia</b>	7, 12, 13, 20	21	5	24
<b>Superioridad/eficacia de psicoterapia (también ejercicio, intervención social)</b>	3, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 17	1, 2	10	48
<b>No hay evidencia firme o suficiente para establecer una conclusión</b>	4, 5, 8, 9, 15, 16, 18, 19	-	8	38
<b>Superioridad de la combinación antidepresivo y psicoterapia</b>	10	1, 2	3	14

(\*) En los estudios 12 y 13 se concluye que hay igualdad de eficacia entre antidepresivos y psicoterapia en algún aspecto (por ej. a corto plazo), pero superioridad o demostrada efectividad de la psicoterapia en otro (por ej. en el seguimiento a largo plazo). En los estudios 1 y 2 ocurre algo semejante entre la superioridad de la combinación de ambas alternativas (sobre su uso aislado) y la superioridad de la psicoterapia en algún aspecto (por ej. menor rechazo o tasa de abandono). El estudio 9 comprueba la efectividad de la psicoterapia, pero indica que no hay suficiente cantidad de estudios para concluir cuál de las dos alternativas es superior. De ahí que el total de estudios sumando todas las categorías sea 26 (y no 21), y que la suma del % supere el 100.

(\*\*) Bulimia, trastorno de pánico con o sin agorafobia, dismorfofobia.

Podemos apreciar que la categoría que alcanza el mayor porcentaje (48%) es la de *Superioridad/eficacia de la psicoterapia*, seguida por *No hay evidencia firme o suficiente para establecer una conclusión* (38%), e *Igualdad entre antidepresivo y psicoterapia* (24%); finalmente, aparece *Superioridad de la combinación antidepresivo y psicoterapia* (14%). No se encontró ningún estudio de meta análisis que respalde la superioridad del uso de antidepresivos sobre la psicoterapia (0%).

## DISCUSIÓN

1. Cerca de la mitad de todos los estudios de meta análisis (48%) señalan la superioridad de la psicoterapia sobre los antidepresivos, al menos en algún aspecto, o confirman su efectividad.
2. Más de un tercio (38%) de estos mismos estudios no encuentran una evidencia firme o suficiente para establecer una conclusión sólida sobre la equivalencia o superioridad de uno u otro.
3. Casi uno de cada cuatro estudios de meta análisis (24%) concluyen que existe una igualdad en la eficacia de la psicoterapia comparada con el uso de antidepresivos.
4. Un porcentaje menor de estos estudios (14%) encontró que la combinación de antidepresivos y psicoterapia era una opción superior a su empleo en forma aislada.
5. No hubo ningún estudio de meta análisis que concluya que el uso de antidepresivos es superior en efectividad al empleo de la

psicoterapia.

#### 4.2 Revisión de guía de práctica clínica en el tratamiento de la depresión

La *Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la depresión en Atención Primaria* (García-Herrera et al., 2011) recoge en sus indicaciones y conceptos el resultado de numerosas investigaciones sobre el tema, incluyendo las contenidas en otras guías reconocidas internacionalmente, principalmente la del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE 2010) del Reino Unido.

Sucintamente, podemos señalar las siguientes recomendaciones y afirmaciones de dicha guía (tomadas casi literalmente del texto original) acerca del uso de los antidepresivos, la psicoterapia y otras intervenciones de tratamiento:

**Para la depresión menor** (depresión subumbral: no se alcanzan los criterios en cantidad de síntomas para depresión mayor):

1. Los antidepresivos no son claramente mejores que el placebo en las personas con depresión menor, pero son eficaces en las personas con *distimia* (síntomas subumbrales pero persistentes por más de dos años).
2. Se recomienda el uso de las intervenciones psicológicas que también se aplican en la depresión mayor leve.
3. Se considerará el uso de antidepresivos si la depresión menor persiste después de otras intervenciones.

**Para la depresión mayor con deterioro funcional leve:**

1. No se deben usar los antidepresivos para el tratamiento rutinario de la depresión mayor leve porque el riesgo es mayor que el beneficio.
2. La excepción se dará cuando exista:
  - a. Historia anterior de depresión

mayor moderada o grave

- b. Presencia de distimia
  - c. Depresión mayor leve que persiste después de otras intervenciones
3. Se recomiendan, por haber sido identificadas como eficaces, para la depresión menor y para la depresión mayor leve a moderada, intervenciones psicológicas (psicosociales) de baja intensidad:
    - a. Guía de autoayuda dirigida apoyada por un profesional. Incluirá psicoeducación, activación conductual y técnicas de resolución de problemas. 6-8 sesiones (presencial o por teléfono) durante 9-12 semanas incluyendo el seguimiento.
    - b. Programas de actividad física.
    - c. Terapia cognitivo conductual por ordenador (programa estándar apoyado por un profesional). 9-12 semanas incluyendo el seguimiento.

**Para la depresión mayor con deterioro funcional moderado o grave:**

Se debe proporcionar una combinación de medicación antidepresiva y una intervención psicológica de alta intensidad (terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal). Si hay un problema crónico de salud física asociado, también se debe optar por la combinación de psicoterapia individual y un antidepresivo.

Se tomarán en cuenta los antecedentes, probabilidad de adherencia, posibles efectos adversos, y las prioridades y preferencia de tratamiento por la persona.

#### Tratamiento farmacológico

1. No está bien definida la gravedad de la depresión en la que los antidepresivos muestran beneficios consistentes sobre el placebo. En general, cuanto más graves

- sean los síntomas, mayor será el beneficio.
2. Los fármacos antidepresivos son en general todos ellos iguales en cuanto a su eficacia; difieren en la tolerabilidad y seguridad. Se considera un plazo de inicio de acción de 2-4 semanas, aunque algunos ensayos clínicos indican que puede ser desde la primera semana.
  3. Numerosos estudios de resultados han demostrado que aproximadamente un tercio de los pacientes tratados por depresión mayor, no responden satisfactoriamente a la primera línea de farmacoterapia antidepresiva. Existe poca evidencia objetiva de que el aumento de la dosis mejore los resultados.
  4. Hay evidencia de un aumento pequeño pero significativo de la presencia de pensamientos suicidas en las primeras etapas del tratamiento antidepresivo. Ocurriría en mayor medida en los jóvenes (hasta los 25-30 años).
  5. Según las diferentes guías, el tiempo recomendado de tratamiento sería de un mínimo de 6 a 9-12 meses, en un primer episodio en pacientes con bajo riesgo de recaída.
  6. Si el riesgo de recaída es alto se aconseja mantener los antidepresivos al menos 2 años.

### Tratamiento Psicológico

1. Las terapias cognitivo conductuales son las que tienen la mayor base de datos de eficacia clínica; son la primera elección. La terapia interpersonal es una alternativa adecuada para la depresión mayor moderada.
2. Los datos de eficacia clínica también apuntan de manera manifiesta a una clara ventaja del tratamiento combinado frente a los antidepresivos solos. El beneficio es mayor a pesar de su mayor coste.
3. La intervención psicológica puede ser:
  - a. Terapia de grupo cognitivo

conductual (10-12 sesiones en 12-16 semanas, incluyendo seguimiento)

- b. Terapia individual cognitivo conductual (16-20 sesiones durante 3-4 meses)
- c. Terapia de activación conductual y de resolución de problemas.
- d. Terapia de pareja.
- e. Terapia interpersonal (16-20 sesiones durante 3-4 meses).
- f. **A s e s o r a m i e n t o** (Counselling, 6-10 sesiones en 8-12 semanas).
- g. Terapia racional emotiva conductual
- h. Terapia psicodinámica (16-20 sesiones en 4-6 meses).

### Para la depresión perinatal:

1. Se debe evaluar cuidadosamente la relación riesgo/beneficio en el embarazo y el período posparto, derivado de los posibles riesgos teratogénicos y de neurodesarrollo relacionados con el uso de fármacos psicotrópicos.
2. Existe evidencia de la eficacia de los tratamientos psicológicos durante el embarazo y el período posparto.
3. Se recomiendan los siguientes tratamientos psicológicos y psicosociales para la depresión en los períodos prenatal y posparto:
  - a) El apoyo social.
  - b) **E l c o u n s e l l i n g** (asesoramiento, consejo psicológico) no directivo.
  - c) Apoyo y educación (apoyo emocional y práctico, por ej. sobre el cuidado del bebé).
  - d) La psicoeducación.
  - e) Estrategias de autoayuda (guía de autoayuda, terapia cognitivo conductual por ordenador).

- f) Actividad física.
- g) Tratamiento psicológico breve (TCC o TIP de 4-6 sesiones).
- h) Tratamiento psicológico estructurado (TCC o TIP).

#### Para la depresión en personas de edad avanzada:

1. Si se van a prescribir antidepresivos, además de la edad, se debe tomar en cuenta la salud física general y el efecto de la medicación concomitante sobre la farmacocinética y farmacodinamia.
2. Se debe empezar con dosis bajas y aumentarlas lentamente; y vigilar cuidadosamente los efectos secundarios.
3. La evidencia disponible apoya ofrecerles a las personas de edad avanzada la misma gama de terapias psicológicas que a las personas más jóvenes.
4. Se recomiendan las siguientes intervenciones psicológicas:
  - a. La escucha activa y un seguimiento regular.
  - b. La activación conductual (social, de ocio, física e intelectual con las que ellos disfruten).
  - c. Derivación a servicios de apoyo psicosocial.
5. En los casos de *demencia* también se debe involucrar necesariamente a los cuidadores:
  - a. Terapia cognitivo conductual (en las primeras etapas de la demencia y hasta donde sea posible).
  - b. La estimulación sensorial múltiple.
  - c. Las terapias de relajación; ejercicio.
  - d. Las terapias de reminiscencia.
  - e. La terapia asistida por animales (compañía y vía adicional para la integración e interacción social).
6. La evidencia que apoya el uso de antidepresivos para tratar la depresión en

pacientes con demencia es débil, pero sugiere que pueden ser utilizados si existe un seguimiento cuidadoso.

#### Resumen de recomendaciones de la guía de práctica clínica en el tratamiento de la depresión

Como síntesis de las recomendaciones principales de la guía en el tema que nos interesa podemos señalar:

1. En todos los casos de depresión que examina (menor, mayor, perinatal y en adultos mayores) se considera valiosa una intervención psicológica o psicosocial.
2. No es apropiado prescribir antidepresivos para la *depresión menor*, salvo excepciones.
3. No es apropiado prescribir antidepresivos para la *depresión mayor con deterioro funcional leve*, salvo excepciones.
4. En la *depresión mayor con deterioro funcional moderado o grave*, debe combinarse la medicación antidepresiva con una intervención psicológica estructurada, siendo la terapia cognitivo conductual la primera elección.
5. Reconoce que no está bien definida la gravedad de la depresión en la que los antidepresivos muestran beneficios consistentes sobre el placebo.
6. La medicación antidepresiva deberá mantenerse un mínimo de 6 a 9-12 meses; en casos de alto riesgo de recaída se extenderá al menos 2 años.
7. Para la *depresión perinatal* se recomiendan intervenciones psicológicas y psicosociales; se deberá evaluar con mucho cuidado la relación riesgo/beneficio antes de prescribir antidepresivos.
8. Para la *depresión en personas de edad avanzada* se recomienda ofrecerles la misma gama de terapias psicológicas que a las personas más jóvenes. Se debe evaluar cuidadosamente su condición física, medicación para otros males y el

riesgo/beneficio del uso de antidepresivos antes de prescribirlos.

9. En pacientes con *demencia*, reconoce que la evidencia que apoya el uso de antidepresivos para tratar la depresión es débil.

Consideramos que el panorama que se desprende de la revisión de esta guía es mucho más moderado y cauteloso sobre la prescripción de antidepresivos, que la imagen que suelen presentar los defensores de su uso casi indiscriminado (*“es una enfermedad que debe ser medicada”*).

Es claro que la presencia de rasgos depresivos en una persona, o la existencia de un cuadro depresivo leve o moderado, no tiene que conllevar como medida principal de tratamiento el uso de antidepresivos; que sí estarán indicados en los casos graves, resistentes a otras intervenciones, cuando hay riesgo de suicidio, o en las distimias.

Es de resaltar la valoración significativa que se le otorga a las intervenciones psicológicas, a las que siempre les corresponderá un papel en el tratamiento de la depresión, proponiendo psicoterapias de distinta índole (resaltando la terapia cognitivo conductual), consejería y modalidades de autoayuda; y también a las intervenciones psicosociales (compañía familiar y amical, ejercicio, seguimiento a distancia y otros).

La industria farmacéutica viene ejerciendo desde hace más 30 años una creciente influencia en el establecimiento de los conocimientos en el campo de la psiquiatría, incluyendo las áreas de formación profesional y determinación de tratamientos en base a psicofármacos. Inevitablemente se ha impuesto un sesgo comercial en temas que deberían ser de exclusiva índole académica y científica.

La determinación y clasificación de

trastornos psicológicos en las últimas décadas también ha estado sujeta a cuestionamientos significativos acerca de su pertinencia y validez científica (DSM-V y sus versiones previas), ya que son notorios los conflictos de interés en los grupos de expertos que los elaboran (muchos de ellos son investigadores o consultores en grandes laboratorios), y no suelen justificar sus opiniones en base a investigaciones citables. Asimismo, se insiste, en contra de muchas evidencias, en un modelo biomédico que no reconoce la importancia de los factores psicológicos y sociales en los temas de salud y enfermedad.

De la revisión de 21 estudios de meta análisis recientes sobre la efectividad de los antidepresivos y de la psicoterapia, se encontró que el 48% respaldaba la superioridad o eficacia de la psicoterapia, el 38% no encontraban evidencia suficiente para establecer una conclusión sólida sobre la equivalencia o superioridad de uno u otro, y un 24% indicaban que ambos eran igualmente eficaces.

No hubo ningún estudio de meta análisis que concluya que el uso de antidepresivos era superior en efectividad al empleo de la psicoterapia.

La revisión de una guía de práctica clínica acreditada y vigente sobre el tratamiento de la depresión, revela que no se recomienda el uso de antidepresivos en la depresión menor o en la depresión mayor leve (salvo excepciones), y que la depresión mayor moderada o grave debe recibir un tratamiento combinado de antidepresivos y psicoterapia.

Dicha guía resalta la importancia de las intervenciones psicológicas, a las que siempre les corresponderá un papel en el tratamiento de la depresión; propone psicoterapias de distinta índole (resaltando la terapia cognitivo conductual), y también intervenciones psicosociales.



## REFERENCIAS

- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T. & Furukawa, T., (2008). Psicoterapia para la depresión en pacientes con cáncer incurable (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Bacaltchuk J, Hay P & Trefiglio R. (2008). Antidepresivos versus tratamientos psicológicos y su combinación para la bulimia nerviosa (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Bains, J., Birks J. & Dening, T., (2008). Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, & Berardi D, (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30(4):293-302.
- Canchihuamán, F. (2013). *Diplomado Virtual de Bioética en Investigación Biomédica. Módulo II: Investigación Científica. Unidad 3: Medicina Basada y Salud Pública Basada en Evidencia*. Colegio Médico del Perú, Lima.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Correll, C., Manu, P., Olshanskiy, V., Napolitano, B., Kane, J. & Malhotra, A. (2009). Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents, *JAMA*, 2009; 302: 1765-73.
- Cosgrove, L., Bursztajn, H., Krinsky, S., Anaya, M. & Walker, J. (2009). Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines, *Psychother Psychosom*, 2009; 78: 228-232.
- Cox G., Callahan P., Churchill R., Hunot V., Merry S., Parker A. & Hetrick, S., (2012). Terapias psicológicas versus medicación antidepresiva, solas y en combinación, para la depresión en niños y adolescentes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 11. Art. No.: CD008324. DOI: 10.1002/14651858.CD008324
- Cox Georgina R, Fisher Caroline A, De Silva Stefanie, Phelan Mark, Akinwale Olaoluwa P, Simmons Magenta B, & Hetrick Sarah E. (2013). Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 7, Art. No. CD007504. DOI: 10.1002/14651858.CD007504.pub11.
- Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, & Andersson G, (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009; 70(9):1219-1229.
- Dennis C. & Dowswell, T. (2013) Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134
- DCP (2013). *Division of Clinical Psychology Position Statement on the Classification of Behaviour and Experience in Relation to Functional Psychiatric Diagnoses*. Time for a Paradigm Shift. Extraído el 23 de Junio del 2013 desde <http://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/position-statement-on-diagnosis-master-doc.pdf>
- Ekers D, Richards D, & Gilbody S, (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine* 2008; 38(5):611-623.
- Feijo de Mello M, Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, & Neugebauer R, (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005; 255(2): 75-82.

- Furukawa TA, Watanabe N, & Churchill R. (2008) Psicoterapia combinada más antidepresivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- García-Herrera J., Noguera, E., Muñoz, F., Morales, J. (2011). *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria*. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga.
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, & Blackburn I M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders* 1998; 49(1): 59-72.
- González, H. & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos psicológicos. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza Editorial: Madrid.
- Gould, M., Walsh, B., Munfakh, J., Kleinman, M., Duan, N., Olfson, M. et al. (2009). Sudden death and use of stimulant medications in youths, *Am J Psychiatry*, 2009; 166: 992-1001.
- Hoffbrand, S., Howard, L. & Crawley, H., (2008). Tratamiento antidepresivo para la depresión posparto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Horwitz, A. (2002). *Creating mental illness*. University Chicago Press: Chicago.
- Infocop (2012) *Destruyendo los Mitos sobre los diagnósticos y los psicofármacos en salud mental*. Extraído el 23 de junio del 2013 desde [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3841](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3841)
- Infocop (2012a) *Robert Whitaker y los efectos nocivos de los psicofármacos*. Extraído el 23 de Junio del 2013 desde [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3843](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3843)
- Infocop (2012b) *Daniel Carlat y la alianza entre la psiquiatría y la industria farmacéutica*. Extraído el 23 de Junio del 2013 desde [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3844](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3844)
- Infocop (2012c) *El DSM-V continúa sembrando polémica debido a los conflictos de intereses de sus comités*. Extraído el 9 de Julio del 2013 desde [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3912](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3912)
- Infocop (2013) *El National Institute of Mental Health de EE.UU. abandona la clasificación DSM*. Extraído el 9 de Julio del 2013 desde [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4564](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4564)
- Infocop (2013a) *Graves limitaciones del DSM-V: acciones de la APA*. Extraído el 9 de Julio del 2013 desde [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4506](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4506)
- Ipser, J., Sander, C. & Stein, D., (2009). Farmacoterapia y psicoterapia para la dismorfofobia (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD005332. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.).
- Kirsch, I., Moore, T., Scoboria, A., & Nicholls, S. (2002). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the FDA. *Prevention and Treatment*, 5, Article 23.
- Kirsch, I, Deacon, B., Huedo-Medina, T., Scoboria, A., Moore, T. & Johnson, B. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration, *PLoS Med*, 2008, 5, 2, e45 doi: 10.1371/journal.pmed.0050045.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Government of Canada. Extraído el 31 de Agosto del 2013 desde <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Mata, I. & Ortiz, A. (2003). Industria farmacéutica y psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2003; 86: 49-71.

- Mead Gillian E, Morley Wendy, Campbell Paul, Greig Carolyn A, McMurdo Marion, Lawlor Debbie A. (2008). Ejercicio para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Moncrieff, J., Wessely, S. & Hardy, R., (2011). Placebos activos versus antidepresivos para la depresión. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011* Issue 7. Art. No.: CD003012. DOI: 10.1002/14651858.CD003012
- Moynihan, R. & Cassels, A. (2005). *Selling sickness. How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us into patients*. Nation Books: New York.
- National Institute for Clinical Excellence, NICE. (2010). *Depression: management of depression in primary and secondary care-NICE guidance*. London, UK: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrist. National Institute for Clinical Excellence, NICE.
- Rodin G, Lloyd G, Katz M, Green E, Mackay J A, Wong R K, (2007). The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer* 2007;15(2):123-136.
- Shabnam Ghazi-Noori, TH Chung, KHO Deane, H Rickards, CE Clarke (2008). Tratamientos para la depresión en la enfermedad de Parkinson (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Spielmanns GI, Berman MI, & Usitalo AN, (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2011; 199(3) :142-149.
- Straten A, Geraedts A, Verdonck-de Leeuw I, Andersson G, Cuijpers P., (2010) . Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 69(1) :23-32.
- Szasz, T. (1961). *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu: Buenos Aires, 1978.
- Turner E., Matthews, A., Linardatos, E., Tell, R. & Rosenthal, R. (2008). Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy, *New England Journal of Medicine*, 2008, 358; 3: 252-260.
- Wayne, A., Chung, C., Murray, K., Hall, K. & Stein, C. (2009). Atypical Antipsychotic Drugs and the Risk of Sudden Cardiac Death, *N Engl J Med*, 2009; 360: 225-235.
- Wilkinson Philip, & Izmeth Zehanah. (2013) Continuation and maintenance treatments for depression in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 7, Art. No. C D 0 0 6 7 2 7 . D O I : 0.1002/14651858.CD006727.pub11

**Recibido:** 27 de febrero del 2015

**Aceptado:** 23 de abril del 2015