

Pregunta 4: En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, ¿qué psicoterapia se debería usar?

Introducción:

Se conoce que los efectos de la psicoterapia son comparables a aquellos de la terapia farmacológica, y que se puede indicar la psicoterapia como manejo de primera línea para episodio depresivo leve (32). Sin embargo, la mayoría de estos estudios se basa en la comparación de TCC versus fármacos.

Sabemos que en el EsSalud se aplican diversos tipos de psicoterapia, por lo cual es necesario identificar cuáles deberían usarse para el manejo de pacientes con episodio depresivo leve. Para tal fin se evaluaron estudios que compararon diversas psicoterapias versus placebo.

Desarrollo de las recomendaciones:

Durante setiembre del 2018 se realizó una búsqueda sistemática de RS en Pubmed, en la cual se encontró una RS: la RS de Cuijpers 2014 (35), que fue considerada para el cuerpo de evidencia de esta pregunta. Debido a que esta RS realizó su búsqueda hasta 2012, se decidió contactar al autor, quien además es el director de la base de datos de *Evidence-based psychotherapies* (<http://www.evidencebasedpsychotherapies.org/>), que registra los ECA sobre psicoterapias publicados en diversas bases de datos; para consultar si esta base de datos ha sido actualizada. El autor nos comunicó que, en la actualización de esta base de datos hacia enero del 2018, no se hallaron nuevos estudios que comparen psicoterapia versus placebo. Por ello se decidió no realizar una nueva búsqueda y utilizar la RS publicada en el 2014.

La RS de Cuijpers 2014 incluyó adultos con episodio depresivo de leve a severo y tuvo como objetivo evaluar diversas psicoterapias en comparación a placebo. Esta RS evaluó el desenlace de "síntomas depresivos", entendido como la reducción en los síntomas depresivos medidos con diversas escalas de depresión. Se halló una mayor reducción de síntomas depresivos en el grupo que recibió TCC (5 ECA, DME: 0.33; IC 95%: 0.16 a 0.50) o terapia de resolución de problemas (3 ECA, DME: 0.19; IC 95%: 0.01 a 0.36) en comparación al grupo que recibió placebo. No se halló diferencias entre la reducción de síntomas depresivos entre el grupo que recibió terapia de activación conductual (1 ECA, DME: 0.23; IC 95%: -0.20 a 2.67), terapia psicodinámica (1 ECA, DME: 0.06; IC 95%: -0.33 a 0.45) o terapia interpersonal (2 ECA, DME: 0.30; IC 95%: -0.02 a 0.61) en comparación al grupo que recibió placebo.

El panel consideró que, debido a que el balance favoreció a la TCC sobre el placebo y a que la certeza de la evidencia fue moderada, se podría emitir una recomendación **fuerte a favor** del uso de esta intervención. Asimismo, debido a que el balance favoreció a la terapia de resolución de problemas sobre el placebo y a que la certeza de la evidencia fue muy baja se decidió emitir una recomendación **a favor condicional** para el uso de esta intervención.

Finalmente, se consideró que para la implementación de estos tipos de terapias se deberá: contar con personal capacitado (cuenta con diplomados, segunda especialización o ha recibido capacitación en terapia cognitivo conductual o de resolución de problemas), evaluar la capacidad del número de atenciones en psicoterapias, capacitar al personal de salud priorizando el primer nivel de atención, así como contar con material educativo audiovisual disponible en los establecimientos de salud.

Justificación de las BPC:

Si bien en la RS de Cuijpers et al. no se encontraron diferencias estadísticas en la disminución de síntomas depresivos con el uso de las terapias de activación conductual, psicodinámica y terapia interpersonal en comparación con placebo, es importante mencionar que: los estimados puntuales favorecieron al grupo que recibió estas psicoterapias, el tamaño de muestra fue pequeño para las comparaciones y la certeza de evidencia fue de baja a muy baja, por lo que estudios futuros podrían encontrar una diferencia. En base a ello, dichas terapias podrían servir de complemento a la TCC o de resolución de problemas.

El panel consideró que dos aspectos importantes de la terapia de depresión son evitar el reforzamiento de los síntomas depresivos por un entorno familiar disfuncional y fortalecer las redes de apoyo de los pacientes mediante el uso de terapia familiar (36) y terapia grupal (35).

Respecto a la duración y frecuencia de la psicoterapia, algunas GPC han propuesto para el manejo de la depresión moderada a severa una duración de 12 a 16 sesiones (30) y otras, 16 a 20 sesiones (19, 28, 37); con una frecuencia de una a dos veces por semana. Para el manejo de la depresión leve, la RS de Cuijpers incluye cuatro ECA en los que se brindaron seis sesiones de psicoterapia, la GPC de Galicia menciona una duración de seis a ocho sesiones (28) y una RS publicada en 2010 encontró que seis a ocho sesiones de TCC o de resolución de problemas fueron eficaces para reducir los síntomas depresivos (38). Debido a que no hay un consenso sobre la duración y frecuencia de la psicoterapia para el manejo del episodio depresivo leve, el GEG consideró que se podría ofrecer de ocho a veinte sesiones con una frecuencia de una a dos veces por semana.

El GEG consideró que se debe medir objetivamente la severidad de los síntomas con un instrumento validado antes de iniciar el manejo. Respecto a ello, se consideró que si bien en la RS de Cuijpers se utilizan las escalas de depresión de Hamilton y el inventario de depresión de Beck (35), estos no se suelen usar en nuestro contexto, e incluirlos podría tener un impacto negativo en la aceptabilidad por parte del personal de salud y del paciente. En contraste, el instrumento PHQ-9 ha sido usado en Perú (6) y ofrece puntajes para categorizar la severidad de síntomas depresivos (28, 29) (definición en BPC 15).

El GEG consideró que se debe medir el progreso del paciente evaluando la respuesta a la terapia (reducción del puntaje basal de severidad de los síntomas) (19, 30). Diversas GPC han propuesto que se evalúe la respuesta temprana a la terapia entre la cuarta a sexta (29) u octava semana (30). Debido a que no hay un consenso sobre a partir de qué número de sesión evaluar la respuesta temprana, el GEG consideró que se evalúe al menos a partir de la sexta sesión. A partir de dicho punto, según se alcance o no respuesta temprana, se debe decidir la conducta terapéutica a seguir (continuar con la psicoterapia o reformular el plan terapéutico) (30). También se consideró que se debe realizar una reevaluación de la respuesta al finalizar la duración de la psicoterapia (entre la sesión 8 a 20).

En caso se consiga la respuesta a la terapia, el GEG consideró que se debe evaluar la remisión de los síntomas durante las tres semanas posteriores al término de la psicoterapia. Al igual que las GPC de NICE y de la Sociedad Americana de Psiquiatras (19, 30), el GEG decidió definir remisión en base a la ausencia de los síntomas característicos de depresión ya que es más precisa que la definición basada en la disminución en la puntuación de escalas de depresión que utilizan otras GPC (28, 29) (definición en BPC 18).

En caso no se consiga respuesta a la terapia al término de las sesiones o no se logre la remisión, el GEG consideró que se debe evaluar la presencia de una patología subyacente y la progresión de la severidad del episodio depresivo (30), situaciones en las que se debe remitir al paciente para manejo por psiquiatra.