

# *Análisis del efecto de la exposición a información, del sexo y de la edad sobre las preferencias de tratamiento en depresión leve a moderada*

**Blanca PERAL CABRERA**

*Instituto Madrileño de Análisis Bioenergético (IMAB), Madrid (España)*

**Pablo RUISOTO PALOMERA**

*Universidad de Salamanca (España)*

## *Resumen*

Estudios previos han encontrado que la atención a las preferencias de los pacientes acorta la duración del tratamiento en depresión. Sin embargo, no se conocen las variables que influyen en las preferencias por cada modalidad de tratamiento (psicofarmacológica/psicoterapéutica/combinada). El objetivo del presente estudio es analizar el efecto de la exposición a información mínima sobre eficacia terapéutica, el sexo y la edad de los participantes en sus preferencias de tratamiento. A través de redes sociales, se encuestó a 335 personas sobre preferencias de tratamiento en depresión. La exposición a información no influyó en el grado de preferencia por una u otra. La preferencia por el tratamiento farmacológico fue inferior al psicoterapéutico en mujeres y jóvenes. Los principales motivos expresados fueron la confianza en la terapia combinada y en la psicoterapia. Se discuten las implicaciones para el abordaje del tratamiento de depresión.

## *Abstract*

Previous studies have found that matching patients' preferences is a strong predictor of a shorter treatment duration in depression. However, variables for patients' preference towards each treatment type (psychopharmacological/psychotherapeutic/combined) are unclear. This study aims to analyze the effect of exposure to minimal information on the therapeutic efficacy of each treatment type, the sex and the age of participants, on their treatment preferences. Three hundred and thirty-five people were surveyed through two social networks. Exposure to information on the efficacy of each type of treatment did not influence the degree of preference for any of them. However, preference for the pharmacological treatment was lower than for psychotherapeutic treatment in women and young people. Main reasons indicated were confidence in combination therapy and in psychotherapy. Implications for the treatment of depression are discussed.

La depresión es en la actualidad la primera causa de mala salud y discapacidad en el mundo: más de 300 millones de seres humanos viven ahora en depresión, con una progresión de más de 18% entre 2005 y 2015 (Organización Mundial de la Salud, 2017a). Y en España, la tercera causa más frecuente de consulta en atención primaria (García-Herrera, Nogueras, Muñoz y Morales, 2011).

En los últimos años, la prescripción de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se ha

establecido como intervención de primera línea para tratar la depresión independientemente de su nivel de severidad (Andrews, Anderson Thomson, Amstadter y Neale, 2012; Fournier, DeRubeis, Hollon *et al.*, 2010), a la vez que se han reducido tanto el número de consultas por paciente como el uso de psicoterapia (Olfson, Marcus, Druss *et al.*, 2002).

Sin embargo, la significación clínica de la eficacia de los ISRS frente al placebo u otras intervenciones psicoterapéuticas parece discutible. Varios estudios de revisión han

*Dirección de los autores:* Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Campus Ciudad Jardín. 37005-Salamanca. *Correo electrónico:* ruisoto@usal.es

*Recibido:* diciembre de 2017. *Aceptado:* marzo de 2018.

indicado que los ISRS solamente resultan clínicamente superiores al *placebo* en casos graves, pero no en depresiones leves y moderadas (Andrews, Anderson, Amstadter y Neale, 2012; Fournier *et al.*, 2010; Jakobsen, Katakam, Schou *et al.*, 2017; Kirsch, Deacon, Huedo-Medina *et al.*, 2008). Complementariamente, el descubrimiento de numerosos efectos no deseados asociados al consumo de los ISRS (Cascade, Kalali y Kennedy, 2009; Gartlehner *et al.*, 2016; Soler, Simón y Safont, 2008), incluyendo disfunciones sexuales, ganancia de peso, trastornos gastrointestinales y trastornos del sueño (Fournier *et al.*, 2010; Gartlehner, Gaynes, Amick *et al.*, 2016; NICE, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2017b), y efectos no deseados de carácter paradójico como el aumento transitorio de las ideaciones y de las conductas suicidas (Andrews *et al.*, 2012; Ferguson, 2001; Khawam, Lorenzic y Malone, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2017b) sugieren la necesidad de revisar las patrones de prescripción actuales.

Finalmente se han reportado sesgos en la publicación de estudios dirigidos a evaluar la eficacia de los ISRS tales como la no publicación de estudios con resultados desfavorables en relación con la eficacia de los fármacos o la publicación repetida de datos favorables de un mismo estudio en distintos artículos (Ferguson, 2001; Kirsch *et al.*, 2008).

En este contexto, la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2017b) y el Instituto Nacional de Salud del Reino Unido (NICE, 2010) proponen la activación conductual o la terapia cognitivo-conductual como tratamientos de primera línea eficaces en depresión leve y moderada.

Según la OMS, al optar por uno u otro tratamiento, *“los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales.”* (Organización Mundial de la Salud, 2017b).

La importancia concedida a las preferencias de los pacientes obedece al hecho bien documentado de que su atención es una de las variables predictoras de adherencia al tratamiento y, por tanto, relevantes para el éxito de cualquier intervención (Fraser, 2010). En el caso de la depresión, la atención a esas preferencias parece reducir significativamente la duración del tratamiento, independientemente de la modalidad de tratamiento elegida -sea psicofarmacológico o psicoterapéutico- (Dunlop, Kelley, Mletzko *et al.*, 2012; Lin, Campbell, Chaney *et al.*, 2005), e incluso independientemente del fármaco elegido entre los ofertados en la opción del tratamiento farmacológico (Crits-Christoph, Gallop, Diehl *et al.*, 2016).

La información sobre los efectos deseados y no deseados de los tratamientos a corto, medio o largo plazo es una variable importante en la preferencia por el consumo de

psicofármacos u otras intervenciones alterativas (Chabrol, Teissedre, Armitage, Danel y Walburg, 2004; Frankenger, Frankenger, Peden *et al.*, 2004). Además, el sexo y la edad también parecen influir en las preferencias de tratamiento. En un reciente estudio, las mujeres mostraron una preferencia significativamente superior hacia el tratamiento psicoterapéutico que los hombres, especialmente las mujeres más jóvenes (McHugh, Whitton, Peckham, Welge y Otto, 2013). En el mismo estudio de revisión, McHugh *et al.* (2013) mencionan el escaso número de estudios hallados que incluyeran el tratamiento combinado entre las opciones terapéuticas cuando, en aquellos estudios en que se consideró esa opción, parecía ser la preferida sobre cualquiera de las otras dos modalidades de tratamiento aisladas.

Hasta la fecha, no tenemos conocimiento de ningún estudio en el ámbito español sobre las preferencias de tratamiento de la depresión, sobre sus patrones en función de las variables de sexo y edad, ni tampoco sobre el potencial impacto de una intervención informativa en las preferencias de tratamiento.

El objetivo del presente trabajo es analizar el efecto de la exposición a una información mínima sobre eficacia, del sexo y de la edad sobre las preferencias de tratamiento en depresión leve a moderada.

Consistentemente con los trabajos de investigación mencionados, formulamos la hipótesis de que los participantes expresarían una preferencia por el tratamiento psicoterapéutico sobre el farmacológico, que el grado de esa preferencia sería mayor entre los jóvenes y entre las mujeres, y que también sería mayor en el grupo expuesto a información sobre la eficacia de las diferentes modalidades de tratamientos en depresión.

## Método

### Participantes

Se encuestó una muestra compuesta por 335 personas, mayores de edad, seleccionadas por conveniencia con un rango de edad comprendido entre 19 y 87 años. Todos los participantes intervinieron de forma anónima y voluntaria y completaron el procedimiento de consentimiento informado de acuerdo con las directrices de la Declaración de Helsinki. En la tabla 1 aparece una descripción de los datos sociodemográficos de la muestra.

### Instrumentos y medidas

#### Datos sociodemográficos

Los datos de: sexo, edad, nivel de estudios y tamaño de la población de residencia se registraron según las categorías establecidas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2016) para sus encuestas.

Tabla 1. Datos sociodemográficos descriptivos de la muestra.

Edad (años)	$M = 46,36; DT = 13,63$
<b>Sexo</b>	
Hombres	80 (23,9 %)
Mujeres	255 (76,1 %)
<b>Educación</b>	
Primaria	3 (0,9 %)
Secundaria	41 (13,6 %)
Universitaria	284 (84,8 %)
No contesta	2 (0,6 %)
<b>Población de residencia</b>	
> 1.000.000 habit.	200 (59,7 %)
400.001 < 1.000.000 habit.	24 (7,2 %)
100.001 < 400.000 habit.	42 (12,5 %)
50.001 < 100.000 habit.	18 (5,4 %)
10.001 < 50.000 habit.	27 (8,1 %)
2.001 < 10.000 habit.	17 (5,1 %)
< 2001habit..	7 (2,1 %)
<b>Experiencia personal previa directa o indirecta con casos de depresión</b>	
	283 (84,5 %)

### Preferencias de tratamiento de la depresión leve a moderada

Se utilizaron 3 ítems unidimensionales dirigidos a las tres formas principales de tratamiento: farmacológico, psicoterapéutico y combinado. Los participantes respondieron en una escala tipo Likert de 10 puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 10 (totalmente de acuerdo). Además, se incluyó un ítem adicional en el que se solicitaban las razones principales de la respuesta en formato texto libre.

### Diseño

Se trata de un estudio ex-post-facto. Se comparó la preferencia por tratamientos psicofarmacológicos o psicoterapéuticos entre hombres y mujeres y grupo de mayor o menor edad (menores o mayores del percentil 50 o mediana de edad). Además, de forma aleatoria se asignó al 50% de los participantes (166 participantes) una intervención basada en la presentación de información mínima sobre la eficacia de los tratamientos.

### Procedimiento

En primer lugar, se diseñó la encuesta para la recogida de información. Se prepararon dos formularios en *Google Forms*. Ambos incluían una breve información introductoria sobre la depresión y el objeto de la encuesta. Uno de los dos

formularios presentaba una breve información sobre el perfil terapéutico y los efectos secundarios de cada tratamiento antes de recoger información sobre las preferencias, y el otro no.

La selección de información para la versión de encuesta con información (grupo experimental) se realizó mediante una búsqueda de artículos relevantes sobre la eficacia del tratamiento psicofarmacológico y del tratamiento psicoterapéutico en fuentes de prestigio reconocido.

Específicamente, para la información sobre eficacia del tratamiento farmacológico, se eligieron los datos comunes a los diversos ISRS, al ser con mucho los antidepresivos más recetados (*Centers for Disease Control*, 2015; Olfson, Marcus, Druss *et al.*, 2002; Ortiz y Lozano, 2005; Pratt, Brody y Gu, 2011). En cuanto a la aún escasamente documentada eficacia y efectos secundarios del tratamiento psicoterapéutico (Leitner, Märten, Koschier *et al.*, 2013; Linden y Schermuly-Haupt, 2014; Parker, Paterson, Fletcher, McClure y Berk, 2014), se seleccionaron los datos sobre la terapia cognitivo-conductual (TCC) de entre las modalidades recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (2017b), el Instituto de Salud del Reino Unido (2010) y el Colegio de Médicos de los Estados Unidos (Qaseem, Barry y Kansagara, 2016), por ser la psicoterapia a cuyo respecto se dispone de más estudios científicos en relación con la depresión (Berk y Parker, 2009; Gartlehner *et al.*, 2016; Leitner *et al.*, 2013).

A continuación, y con la finalidad de evitar el efecto del orden, se aplicó la opción de aleatorizar ítems en los formularios electrónicos a los elementos siguientes: el orden de presentación de las dos versiones de la encuesta (experimental con información/control sin información); el orden de presentación de los datos sobre cada tipo de tratamiento (farmacológico /psicoterapéutico) en la versión de la encuesta con información; y, en las dos versiones de la encuesta (experimental y control), el orden de presentación de los ítems unidimensionales para la evaluación de las preferencias de tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico o combinado).

El acceso a la encuesta se realizó de forma *online* a través de un enlace difundido mediante redes sociales (*Facebook* y *WhatsApp*) que estuvo disponible durante 10 días, del 19 al 28 de mayo de 2017. Una vez transcurrido ese plazo, se inhabilitó la recepción de respuestas a los formularios.

### Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos (media, mediana y desviación típica) y un ANOVA de tres factores para el análisis de los efectos de sexo, edad y exposición a información sobre las preferencias por cada uno de los tres tratamientos en depresión analizados en este estudio. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 20 para Mac. El nivel de significación considerado fue  $p < 0,05$ .

## Resultados

### Efecto de la exposición a información mínima sobre la eficacia de los tratamientos

Los resultados del ANOVA indican que no se encontraron diferencias significativas en el grado de preferencia por el tratamiento farmacológico ( $F_{(1,334)} = 0,82$ ,  $p > 0,05$ ) entre el grupo experimental ( $M = 2,61$ ;  $DT = 2,19$ ) y el grupo control ( $M = 2,40$ ;  $DT = 2,08$ ); tampoco se encontraron en el grado de preferencia por el tratamiento psicoterapéutico ( $F_{(1,334)} = 0,03$ ,  $p > 0,05$ ) entre el grupo experimental ( $M = 6,61$ ;  $DT = 2,83$ ) y el grupo control ( $M = 6,66$ ;  $DT = 2,88$ ), ni en el grado de preferencias por el tratamiento combinado ( $F_{(1,334)} = 1,67$ ,  $p > 0,05$ ) entre grupo experimental ( $M = 6,54$ ;  $DT = 2,98$ ) y grupo control ( $M = 6,12$ ;  $DT = 3,02$ ).

### Efecto del sexo sobre el grado de preferencia por las modalidades de tratamiento en depresión leve a moderada

En cambio, el sexo de los encuestados sí afectó al grado de preferencia por el tratamiento farmacológico ( $F_{(1,334)} = 5,21$ ,  $p < 0,05$ ). Los hombres ( $M = 2,98$ ;  $DT = 2,26$ ) mostraron una preferencia significativamente más favorable por el tratamiento farmacológico que las mujeres ( $M = 2,35$ ;  $DT = 2,08$ ). No se encontraron diferencias significativas en la preferencia por el tratamiento psicoterapéutico en función del sexo ( $F_{(1,334)} = 0,719$ ,  $p > 0,05$ ), entre mujeres ( $M = 6,71$ ;  $DT = 2,84$ ) y hombres ( $M = 6,40$ ;  $DT = 2,90$ ), ni en la preferencia por terapia combinada ( $F_{(1,334)} = 1,72$ ,  $p > 0,05$ ) entre mujeres ( $M = 6,21$ ;  $DT = 3,03$ ) y hombres ( $M = 6,71$ ;  $DT = 2,89$ ).

### Efecto de la edad sobre el grado de preferencia por las modalidades de tratamiento en depresión leve a moderada

La edad de los encuestados afectó al grado de preferencia por el tratamiento farmacológico ( $F_{(1,334)} = 10,05$ ,

$p < 0,05$ ). El grupo de menor edad mostró una actitud más desfavorable hacia el tratamiento farmacológico ( $M = 2,14$ ;  $DT = 1,77$ ) que el grupo de mayor edad ( $M = 2,87$ ;  $DT = 2,42$ ). También se observaron diferencias en el grado de preferencia por el tratamiento psicoterapéutico ( $F_{(1,334)} = 4,32$ ;  $p < 0,01$ ). El grupo de menor edad ( $M = 6,95$ ;  $DT = 2,71$ ) mostró una preferencia significativamente mayor por el tratamiento psicoterapéutico que el grupo de mayor edad ( $M = 6,31$ ;  $DT = 2,96$ ). En cambio, no se encontraron diferencias en el grado de preferencia por el tratamiento combinado ( $F_{(1,334)} = 1,10$ ,  $p > 0,05$ ), teniendo el grupo de menor edad ( $M = 6,16$ ;  $DT = 3,09$ ) una preferencia equivalente a la del grupo de mayor edad ( $M = 6,50$ ;  $DT = 2,91$ ).

### Análisis de los motivos auto-informados del grado de preferencia por las modalidades de tratamiento en depresión leve a moderada

#### Motivos auto-informados para las tres principales modalidades de tratamiento

En la figura 1 se representan los porcentajes asociados a los motivos auto-informados referidos por los participantes para las tres principales modalidades de tratamiento.

#### Análisis de los motivos auto-informados de las preferencias por antidepresivos

Para los participantes que mostraron una preferencia alta (puntuaciones iguales o superiores a 7) por el tratamiento con antidepresivos los motivos más frecuentes fueron la confianza en los beneficios sinérgicos del tratamiento farmacológico unido a la psicoterapia, seguidos por la confianza en los antidepresivos. Para los que mostraron una menor preferencia por el tratamiento farmacológico, los motivos más frecuentes fueron la confianza en la terapia combinada, seguida por la confianza en la psicoterapia y el miedo a los efectos secundarios de los antidepresivos.

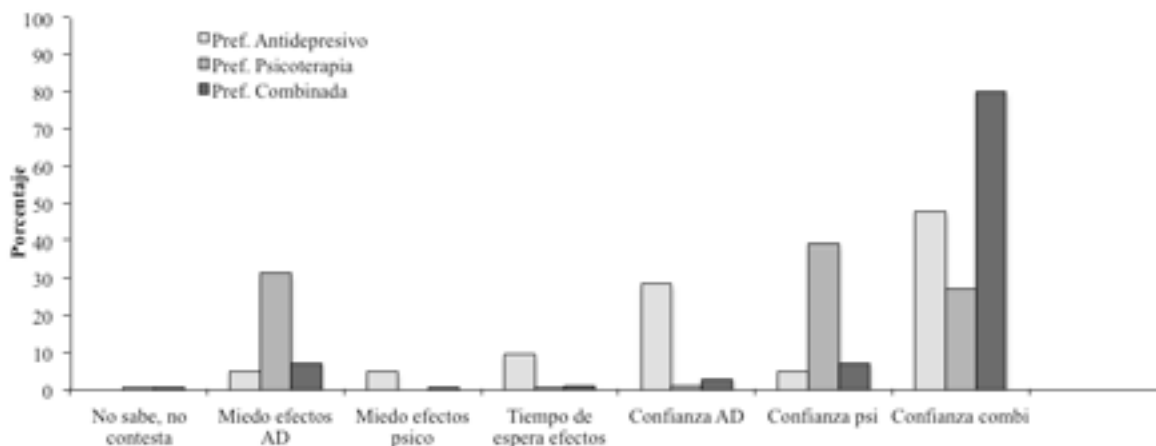


Figura 1. Análisis comparativo de motivos por cada preferencia de tratamiento, medida en porcentajes.

### *Análisis de los motivos auto-informados de las preferencias por psicoterapia*

En más de la mitad de la muestra que indicó una preferencia alta por el tratamiento psicoterapéutico, el motivo más frecuente fue la confianza en la psicoterapia, seguido por el miedo a los efectos secundarios de los antidepresivos, y por la confianza en el tratamiento combinado. Para los que mostraron una menor preferencia por ese tratamiento, el motivo más frecuente fue la confianza en la terapia combinada, reportado por un 80% de la muestra, seguido por la confianza en los antidepresivos.

### *Análisis de los motivos auto-informados de las preferencias por tratamiento combinado*

Más de la mitad de la muestra manifestó una preferencia alta por el tratamiento combinado, los motivos más frecuentes fueron la confianza en la eficacia de la terapia combinada, en más de un 80%, frente a un 7% aproximadamente para la confianza en la psicoterapia, análogo al miedo a los efectos secundarios de los antidepresivos. Uno de cada cinco expresó una preferencia baja por ese tratamiento, mostrando mayor confianza en la psicoterapia casi el 50% y el miedo a los efectos secundarios de los antidepresivos casi el 40%.

## **Discusión**

El objetivo de este trabajo fue analizar los efectos de la exposición a una información mínima, del sexo y de la edad de los participantes en sus preferencias de tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico o combinado) en depresión leve a moderada.

Los principales resultados obtenidos indican una preferencia por el tratamiento psicoterapéutico frente al tratamiento farmacológico. Este resultado es consistente con estudios previos (Crits-Christoph *et al.*, 2016; Dwight-Johnson, Sherbourne, Liao y Wells, 2000; McHugh *et al.*, 2013). Sin embargo, y a diferencia de estos estudios, el presente trabajo incorpora la evaluación del tratamiento combinado, que también fue bien valorado por los encuestados.

Es de señalar que el análisis de los motivos asociados a la preferencia por el tratamiento combinado requiere especial cautela. Se observan un solapamiento de motivos con la preferencia por el tratamiento psicológico, así como ciertas inconsistencias entre la preferencia por esta modalidad de terapia y su justificación; por ejemplo, un encuestado explica la preferencia hacia el tratamiento combinado por el miedo a los efectos secundarios del tratamiento con antidepresivos, y varios participantes justifican la misma preferencia exclusivamente por la confianza en la eficacia de la terapia psicológica.

Una hipótesis a investigar sería que algunos participantes consideren que el tratamiento farmacológico es inevitable, y le añaden la opción preferida de la psicoterapia para miti-

garlo; así podría inferirse del caso de una persona que opta por el tratamiento combinado explicando su elección por el miedo a los efectos del tratamiento con antidepresivos. También puede suponerse que, en algunos casos, la elección del tratamiento combinado obedezca a la lógica de que la suma de dos recursos es siempre más eficaz que el uso de uno solo.

En cualquier caso, si bien la preferencia por el tratamiento combinado en el grupo estudiado fue significativamente mayor que por el tratamiento farmacológico, la opción preferida fue la psicoterapia, a diferencia de lo planteaba la hipótesis tentativa de McHugh *et al.* (2013).

Los resultados obtenidos respecto de la preferencia por la psicoterapia y la terapia combinada apuntan, en primer lugar, a la preferencia por no recibir un tratamiento -o no exclusivamente- farmacológico en depresión leve a moderada, en contradicción con la práctica observada, en España y en otros países (Andrews, Anderson Thomson, Amstadter y Neale, 2012; Fournier *et al.*, 2010; García-Herrera, Nogueras, Muñoz y Morales, 2011).

Asimismo, se registraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en la preferencia por el tratamiento farmacológico, si bien cabe indicar que, más que una mayor preferencia, los datos indicaron una menor aversión al tratamiento farmacológico en los hombres que en las mujeres. También este resultado es coherente con los estudios consultados (Dwight-Johnson *et al.*, 2000; McHugh *et al.*, 2013).

La diferencia entre sexos podría estar relacionada con los roles de género tradicionales en la sociedad occidental (McHugh *et al.*, 2013), según los cuales no es adecuado para un hombre hablar de sus emociones ni mostrar debilidad (Kring y Gordon, 1998; Nolen-Hoeksema, 2012). En ese sentido, la consulta al médico de cabecera resulta poco relevante a efectos de rol de género, y la toma de psicofármacos permite mantener el episodio en la esfera privada del individuo. La consecuencia de esta preferencia en la práctica es que la población masculina, aun en una depresión leve a moderada para la que las psicoterapias basadas en evidencia serían más eficaces y desprovistas de efectos secundarios, optará más fácilmente por una terapia farmacológica, en detrimento de su salud mental y física.

La edad, por último, fue también un factor significativo en la preferencia por tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, si bien no respecto del tratamiento combinado. El resultado respecto de las dos opciones exclusivas es también coherente con los resultados de los estudios consultados (Lin *et al.*, 2005; McHugh *et al.*, 2013). En cuanto a la falta de influencia de la variable de la edad en la preferencia por el tratamiento combinado, no es posible contrastarla con estudios de revisión, ya que no se tienen estudios metodológicamente homogéneos sobre la preferencia por esta opción (McHugh *et al.*, 2013).

La significativa diferencia en función de la edad podría relacionarse, por una parte, con un consistente debilitamien-

to de los roles de género en la población más joven (si bien tan solo hasta los últimos cinco años (Instituto Nacional de Estadística, 2015). Puede relacionarse también con una mayor difusión de los conocimientos sobre psicoterapia a través de los medios de comunicación social, de la literatura y de la filmografía de modelo estadounidense. En efecto, el mayor conocimiento de la psicoterapia es una variable con efecto en la preferencia por el tratamiento psicoterapéutico (Dunlop *et al.*, 2012, Dwight-Johnson *et al.*, 2000).

Esta preferencia de la población más joven por el tratamiento psicoterapéutico indica que tampoco en este grupo la preferencia será atendida por la práctica habitual en la sanidad pública, con las consecuencias documentadas que conlleva en cuanto a la adherencia al tratamiento y a su éxito.

Por último, y a diferencia de los estudios consultados sobre la influencia de intervenciones informativas en las preferencias de tratamiento, no se hallaron diferencias significativas entre las preferencias del grupo experimental y del grupo control (Chabrol, Teissedre, Armitage *et al.*, 2004; Frankenberger *et al.*, 2004). Una hipótesis para explicar esa falta de congruencia es que la información facilitada haya sido redundante por la sobrerrepresentación de participantes de formación universitaria en la muestra, ya que numerosos estudios indican que la educación y los conocimientos previos sobre el tema influyen en la preferencia por una u otra opción (Dunlop *et al.*, 2012, Dwight-Johnson *et al.*, 2000).

Este efecto de la información previa vendría a reforzar la importancia de las campañas informativas y de una buena praxis de información en las consultas médicas, con el fin de que la población pueda expresar una preferencia fundamentada y que esta se tenga en cuenta en la decisión médica.

En conjunto, la baja preferencia general por el tratamiento farmacológico (con una media inferior a tres sobre diez en todos los subgrupos) indica por tanto una flagrante contradicción de la práctica sanitaria con la evidencia sobre las favorables consecuencias de atender las preferencias de tratamiento de los pacientes con trastorno depresivo, especialmente de grado leve a moderado, en la adherencia al tratamiento y, por tanto, en su éxito y en su duración (Dunlop *et al.*, 2012; Fraser, 2010; Lin *et al.*, 2005).

La consecuencia práctica más inmediata e importante de esta práctica sanitaria alejada de la evidencia es una prolongación evitable del sufrimiento de los pacientes en depresión. En segundo lugar, la práctica actual tiene también la grave consecuencia de desviar el empleo de unos recursos sanitarios limitados a unos tratamientos que, en la depresión leve a moderada, no son los más eficaces.

Los resultados del presente trabajo recomiendan, por tanto, reevaluar las prácticas actuales de tratamiento de la depresión en España conforme a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (2017b), del Instituto Nacional de Salud del Reino Unido (2010) y del Colegio de Médicos de los Estados Unidos (2016), tres de las más relevantes instancias que han emitido recomendaciones

con respecto a la elección del tratamiento de la depresión en todos sus grados.

En concreto, sería necesario volver a examinar la dotación de profesionales psicólogos en la sanidad pública española para aumentarla, y satisfacer así de la manera más eficaz posible las necesidades de los pacientes en depresión. Ese mayor gasto se compensaría, al menos en parte, con una reducción del gasto farmacéutico en el que incurre la misma sanidad pública en los dos años de duración media del tratamiento de la depresión con ISRS (Pratt, Brody y Gu, 2011).

No obstante, es importante señalar que los resultados de este estudio deben considerarse con cautela, la encuesta se ha aplicado a través de Internet y no es representativa de la población general o clínica, estando compuesta principalmente de universitarios de grandes ciudades, de acuerdo con los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (2016). Nótese igualmente la presencia de experiencia previa con casos de depresión.

También merece la pena destacar la dificultad en la identificación de estudios basados en evidencia que determinen de forma objetiva los efectos terapéuticos y el perfil de efectos no deseados de las diferentes modalidades de tratamiento de la depresión. En este caso, la información proporcionada sobre los efectos de las terapias farmacológicas y psicoterapéuticas se basa en las conclusiones de los estudios más representativos encontrados sobre el tema (Gartlehner *et al.*, 2016; NICE, 2010; Pérez Álvarez, Fernández Rodríguez, Amigo Vázquez y Fernández Hermida, 2003; Organización Mundial de la Salud, 2017b) y que la utilización de otras fuentes de información podría haber modificado la información utilizada como manipulación y haber afectado de forma diferente a los resultados.

Con respecto a trabajos futuros sobre el mismo tema, sería deseable evitar las ambigüedades observadas entre las preferencias hacia la terapia combinada y las opciones de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en la redacción misma del cuestionario. En primer lugar, sería conveniente formular el ítem de justificación como un desplegable de respuestas cerradas, establecidas a partir de los resultados del presente trabajo, incluyendo entre ellas la confianza en que son mejor dos tratamientos que uno, aunque esa opción incluya el tratamiento no preferido. También sería conveniente aclarar en el formulario la posibilidad de elegir cualquier opción, aunque no sea lo esperable en las condiciones de la vida real.

Por último, a efectos de la intervención informativa, sería importante tener acceso a los resultados de estudios actualmente en progreso en el campo de la definición y categorización de los eventos adversos en psicoterapia (Linden, 2013) y a cuestionarios específicamente creados para medir la eficacia y los efectos secundarios de la psicoterapia, ya que los instrumentos diseñados para medir la eficacia y los efectos secundarios de los tratamientos biomédicos

no son adecuados para las condiciones muy diferentes en que se desarrolla un tratamiento psicoterapéutico (Parker, Paterson, Fletcher *et al.*, 2014).

## Referencias

- Andrews, P., Anderson Jr., J., Amstadter, A. y Neale, M. (2012). [Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good](#). *Frontiers in Psychology*, 3, 117 [DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00117].
- Berk, M. y Parker, G. (2009). [The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy](#). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (9), 787-794 [DOI: 10.1080/00048670903107559].
- Cascade, E., Kalali, A.H. y Kennedy, S.H. (2009). [Real-world data on SSRI antidepressant side effects](#). *Psychiatry*, 6 (2), 16-18.
- Centers for Disease Control & Prevention (2015). [National Ambulatory Medical Care Survey: 2013 State and National Summary Tables](#). Atlanta: National Center for Health Statistics.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2016). [Barómetro de julio 2016. Ficha Técnica. Estudio nº 3146](#). Madrid: CIS.
- Chabrol, H., Teissedre, F., Armitage, J., Danel, M. y Walburg, V. (2004). [Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers](#). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (1), 5-12 [DOI: 10.1080/02646830310001643094].
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Diehl, C.K., Yin, S. y Gibbons, M.B.C. (2016). [Methods for Incorporating Patient Preferences for Treatments of Depression in Community Mental Health Settings](#). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44 (5), 735-746 [DOI: 10.1007/s10488-016-0746-1].
- Dunlop, B.W., Kelley, M.E., Mletzko, T.C., Velasquez, C.M., Craighead, W.E. y Mayberg, H.S. (2012). [Depression beliefs, treatment preference, and outcomes in a randomized trial for major depressive disorder](#). *Journal of Psychiatric Research*, 46(3), 375-381 [DOI: 10.1016/j.jpsychires.2011.11.003].
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C.D., Liao, D. y Wells, K.B. (2000). [Treatment preferences among depressed primary care patients](#). *Journal of General Internal Medicine*, 15 (8), 527-534 [DOI: 10.1046/j.1525-1497.2000.08035.x].
- Ferguson, J.M. (2001). [SSRI antidepressant medications: adverse effects and tolerability](#). *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 3 (1), 22-27.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C. y Fawcett, J. (2010). [Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis](#). *Journal of American Medical Association*, 303 (1), 47-53 [DOI: 10.1001/jama.2009.1943].
- Frankenberger, K.A., Frankenberger, W.R., Peden, B.F., Hunt, H.L., Raschick, C.M., Steller, E.G. y Peterson, J.A. (2004). [Effects of information on college students' perceptions of antidepressant medication](#). *Journal of American College Health*, 53 (1), 35-40 [DOI: 10.3200/JACH.53.1.35-40].
- Fraser, S. (2010). [Concordance, compliance, preference or adherence](#). *Patient Preference and Adherence*, 4, 95-96 [DOI: 10.2147/PPA.S17167].
- García-Herrera, J.M., Noguera, E.V., Muñoz, F. y Morales, J.M. (2011). [Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria](#). Málaga: Grupo para el Estudio de la Depresión en Atención Primaria (GAEDAP).
- Gartlehner, G., Gaynes, B.N., Amick, H.R., Asher, G.N., Morgan, L.C., Coker-Schwimmer, E., ...y Bann, C. (2016). [Comparative Benefits and Harms of Antidepressant, Psychological, Complementary, and Exercise Treatments for Major Depression: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians](#). *Annals of Internal Medicine*, 164, 331-341 [DOI: 10.7326/M15-1813].
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015). [Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género - Año 2014](#). *Notas de prensa*, 5 de mayo de 2015.
- Jakobsen, J.C., Katakam, K.K., Schou, A., Hellmuth, S.G., Stallknecht, S.E., Leth-Møller, K., *et al.* (2017). [Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis](#). *BMC Psychiatry*, 17, 58 [DOI: 10.1186/s12888-016-1173-2].
- Khawam, E.A., Laurencic, G. y Malone, D.A. (2006). [Side effects of antidepressants: an overview](#). *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73 (4), 351-361.
- Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B., Scoboria A., Moore T.J. y Johnson B.T. (2008). [Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration](#). *PLoS Medicine*, 5 (2), e45 [DOI: 10.1371/journal.pmed.0050045].
- Kring, A.M. y Gordon, A.H. (1998). [Sex differences in emotion: expression, experience, and physiology](#). *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3), 686-703.
- Lin, P., Campbell, D.G., Chaney, E.F., Liu, C.F., Heagerty, P., Felker, B.L. y Hedrick, S.C. (2005). [The influence of patient preference on depression treatment in primary care](#). *Annals of Behavioral Medicine*, 30 (2), 164-173 [DOI: 10.1207/s15324796abm3002\_9].
- Leitner, A., Märten, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. y Schnyder, U. (2013). [Patients' perceptions of risky developments during psychothe-](#)

- [rapy](#). *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 95-105 [DOI: 10.1007/s10879-012-9215-7].
- Lilienfeld, S.O. (2007). [Psychological treatments that cause harm](#). *Perspectives on Psychological Science*, 2 (1), 53-70 [DOI: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x].
- Linden, M. (2013). [How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions](#). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 286-296 [DOI: 10.1002/cpp.1765].
- Linden, M. y Schermuly-Haupt, M.L. (2014). [Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects](#). *World Psychiatry*, 13 (3), 306-309 [DOI: 10.1002/wps.20153].
- McHugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welge, J.A. y Otto, M.W. (2013). [Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review](#). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74 (6), 595-602 [DOI: 10.4088/JCP.12r07757].
- National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE (2010). [Depression: The NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults \(Updated Edition\)](#). Londres: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Druss, B., Elinson, L., Tanielian, T. y Pincus, H. A. (2002). [National trends in the outpatient treatment of depression](#). *Journal of the American Medical Association* 287 (2), 203-209 [DOI: 10.1001/jama.287.2.203].
- Organización Mundial de la Salud (2017a). [Depression and other common mental disorders: Global health estimates](#). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2017b). [Depresión. Notas descriptivas](#), 369. Ginebra: Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, A. y Lozano, C. (2005). [El incremento en la prescripción de antidepresivos](#). *Atención Primaria*, 35 (3), 152-155 [DOI: 10.1157/13071941].
- Parker, G., Paterson, A., Fletcher, K., McClure, G. y Berk, M. (2014). [Construct validity of the Experiences of Therapy Questionnaire \(ETQ\)](#). *BMC Psychiatry*, 14, 369 [DOI: 10.1186/s12888-014-0369-6].
- Pérez Alvarez, M., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. y Fernández Hermida, J. R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pratt, L., Brody, D. y Gu, Q. (2011). [Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005-2008](#). *NCHS Data Brief*, 76.
- Qaseem, A., Barry, M.J. y Kansagara, D. (2016). [Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adult patients with major depressive disorder: a clinical practice guideline from the American College of Physicians](#). *Annals of Internal Medicine*, 164 (5), 350-359 [DOI: 10.7326/M15-2570].
- Soler Insa, P.A., Simón Martín, O. y Safont Lacal, G. (2008). [Efectos secundarios de los ISRS sin importancia para la salud que pueden contribuir al mal cumplimiento o al abandono del tratamiento](#). *Psiquiatría Biológica*, 15 (4), 101-108.