



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# Evolución sintomatológica mediante evaluación con el BDI de diversas muestras de pacientes depresivos, sometidos a estrategias terapéuticas farmacológica y de terapia cognitiva (x)

A. Polaino Lorente\*

C. L. Maldonado Buitrago\*\*

M. Barceló Iranzo\*\*\*

## RESUMEN

La evaluación mediante el Inventario de Beck para la depresión de diversas muestras de pacientes depresivos, sirve de índice de eficacia de diversos tratamientos antidepresivos. La conclusión principal de este trabajo es la importancia del tratamiento farmacológico elegido como factor discriminante, dentro de la similar eficacia de estrategias farmacológicas y de terapia cognitiva. Se destaca la mejor rentabilidad —sobre todo en cuanto al tiempo y coste económico— de la terapia farmacológica sobre la terapia cognitiva. **PALABRAS CLAVE:** Depresión. Terapia cognitiva. Terapia psicofarmacológica. Evaluación depresiva.

## INTRODUCCION

Es abundante la bibliografía reciente en donde se intenta valorar la eficacia de la terapia cognitiva, asociada o no a un tratamiento psicofarmacológico antidepresivo. Sin embargo, son escasos los trabajos donde se comparan las dos terapias antidepresivas, independientemente una de la otra, a la vez que se intenta perfilar las características diagnósticas y clínicas de los pacientes depresivos que forman parte de las muestras objeto de estudio clínico. Algunos ejemplos de los trabajos publicados en los últimos años pueden resultar ilustrativos. Barker et al. (1987) en un ensayo sobre nuevas aproximaciones terapéuticas en el tratamiento de las depresiones crónicas resistentes, emplea la asociación de fenelzina, 1-triptófano y litio ("5-HT- cocktail") como estrategia farmacológica. Los pacientes fueron randomizados y asignados a un tratamiento mixto de terapia cognitiva y conductual. Todos menos uno de los pacientes que entraron en el ensayo fueron depresivos unipolares. Entre las conclusiones destacaban estos autores que la terapia cognitiva conductual no pareció influir en la respuesta aunque, no obstante, se reconoce que la corta duración de la terapia pudo ser inadecuada en esas circunstancias. Al final de su trabajo los autores sugieren que el tratamiento intensivo con fármacos es una necesidad preliminar en el manejo de estos cuadros y puede permitir un uso efectivo de la ayuda rehabilitadora para las secuelas secundarias de la depresión crónica. La importancia de este trabajo radica en que se interviene con terapia cognitiva en los cuadros depresivos que han demostrado ser refractarios a los antidepresivos tricíclicos, empleándose el "5-HT-cocktail" como recurso farmacológico más sofisticado. Con esta estrategia se comprueba que un sub-

\* Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense.

\*\* Doctora en Psicología.

\*\*\* Médico adjunto del Hospital Psiquiátrico de Valencia.

(x) Psicopatología 12 - 1.º - 1992

grupo de estos pacientes, más del 50% con depresión refractaria crónica, responden a la terapia psicofarmacológica, sin que influya el apoyo de la terapia cognitiva y, además, en las primeras seis semanas de tratamiento. Este hecho parece traslucir la existencia de un factor etiopatogénico neurobioquímico que domina y predetermina la evolución de los cuadros depresivos crónicos y refractarios, estudiados en el trabajo de Barker et al. (1987).

Dobson (1989) en un metanálisis relativo a la aplicación de la terapia cognitiva de Beck en la depresión, identifica 28 estudios en los que se ha realizado un seguimiento de los resultados tras terapia cognitiva. Al comparar los resultados obtenidos por esta terapia con los conseguidos a través de otras modalidades (farmacoterapia, terapia conductual), no encontró un valor significativo en el grado de cambio asociado a la terapia cognitiva, en función de la duración de la terapia. En este trabajo se discuten los resultados y el proceso seguido en la evaluación de la terapia cognitiva y se apunta la necesidad de ulteriores trabajos de seguimiento.

Son muchos los trabajos que han estudiado los resultados de la terapia cognitiva cuando se ha aplicado a niños y jóvenes adolescentes. Schrodtt y Fitzgerald (1987) aplican la terapia cognitiva al tratamiento de adolescentes afectados de inmadurez psicológica, destacando entre otras posibles complicaciones la aparición de la incompreensión y de la inestabilidad en la relación terapéutica. Nissen (1986) aplicó también la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. Reynolds y Coats (1986) compararon los resultados obtenidos por la terapia cognitiva y por el entrenamiento en relajación en el tratamiento de la depresión en adolescentes. En cambio, otras investigaciones se han llevado a cabo con ciertas muestras de población, como es el caso de Beutler et al. (1987) quienes aplicaron la terapia cognitiva junto a la prescripción de alprazolam como tratamiento de la depresión en pacientes ancianos.

En un interesante trabajo de seguimiento, Blackburn (1986) relata que entre los pacientes depresivos que han respondido a cada una de las diversas estrategias terapéuticas aplicadas —grupo de terapia cognitiva, grupo farmacológico y grupo combinado—, junto a la administración de amitriptilina o clorimipramina, durante un período de seis meses, uno de cada quince pacientes del grupo de terapia cognitiva tuvo una recaída en el episodio depresivo; tres de cada diez en el período de administración de medicación; y de dieciséis ninguno recayó en el grupo en el que se aplicó tratamiento combinado. A los dos años las recaídas fueron mayores en el grupo tratado con fármacos que en los grupos en los que se intervino con terapia cognitiva o combinada. Sin embargo, también aquí como en los otros trabajos, se plantearon problemas metodológicos de distinta naturaleza y relevancia.

Polaino-Lorente (1988) considera que la psicología cognitiva tiene la grandeza de estar contribuyendo en la actualidad a hacer posible en el futuro la realidad de la prevención de la conducta depresiva. Pero eso, hoy por hoy, es una futurible, que puede o no cumplirse. Este planteamiento nos sugiere la necesidad de comparar la terapia farmacológica por un lado, la cognitiva por otro y por último la asociación de ambas, aplicadas a subgrupos de pacientes depresivos, de tal manera que consigamos objetivar la eficacia terapéutica de cada una de ellas y el tipo de paciente que se pueda beneficiar de una u otra elección por la que optemos.

## **MATERIAL Y METODO**

Las muestras de pacientes depresivos sobre las que versa este trabajo procedían de una consulta ambulatoria y habían sido remitidos por su respectivo médico de cabecera. Las condiciones previas de selección de los pacientes se ajustó a los siguientes criterios: Episodio depresivo de nueva presentación, sin tratamiento antidepresivo, al menos durante los tres meses anteriores a la realización del estudio; nivel cultural equivalente a estudios medios-superiores; y, por último, la ausencia de intervención psicoterápica en los pacientes sometidos a farmacoterapia exclusiva, lo que podría alterar los resultados finales de la evaluación. Los 30 pacientes depresivos sometidos a farmacoterapia presentaban la siguiente distribución por sexos: 11 hombres y 19 mujeres. La distribución según el estado civil fue de 7 casados y 23 solteros. La distribución por el diagnóstico previo consistió en el establecimiento de dos grupos, uno de 21 pacientes con trastorno distímico y otro de 9 con depresión mayor. Los pacientes sometidos a otras estrategias terapéuticas —terapia cognitiva, farmacológica y mixta—, se encontraban divididos en tres grupos de 8 pacientes cada uno de ellos, con el diagnóstico de depresión mayor.

El programa de evaluación que se diseñó previamente constaba de tres fases. En la primera fase de evaluaba al paciente mediante el Inventario de Beck para la depresión, con el fin de comprobar si cumplía los requisitos clínicos establecidos. Entre estos requisitos debían satisfacer los criterios establecidos en el DSM III-R para el diagnóstico de depresión mayor o de trastorno distímico. No se aceptaron los episodios depresivos en el curso de un trastorno bipolar o ciclotímico, con el fin de evitar la versatilidad evolutiva que suelen presentar estos cuadros, pues la potencialidad en la alternancia de fases maníacas o hipomaniacas conduciría a una distorsión de los resultados en la evaluación clínica.

En la segunda fase, al mes de iniciado el tratamiento, al paciente se le repetía la evaluación escalar anterior (BDI). La tercera fase se completaba con una evaluación análoga a la anterior, realizada a los tres meses del comienzo del estudio clínico.

La comparación estadística de los resultados obtenidos se realiza mediante un estudio test-retest en las tres fases comentadas y la aplicación del test de la *t* de Student, apareado o no, a los resultados, según los pacientes sean de la misma o de distinta muestra.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos se reflejan en las correspondientes tablas y gráficos que se exponen a lo largo del texto.

La tabla I que compara, estadísticamente, las posibles combinaciones entre las diversas muestras desvela los siguientes resultados:

1. La comparación del grupo de 30 pacientes diagnosticados de episodio depresivo y sometidos a tratamiento farmacológico (B1 y B3) con el grupo de 8 pacientes diagnosticados de depresión mayor tratados con terapia (BD1-1C y BD1-3C) indica que, tanto al inicio como al final del tratamiento, los niveles alcanzados en la autoevaluación de la sintomatología depresiva por parte de los pacientes son similares. En esta correlación estadística los valores alcanzados por *p* muestran que no hay diferencias significativas entre ambos grupos.

**TABLA I.** RELACION ESTADISTICA (TEST DE LA T DE STUDENT NO APAREADO) ENTRE LA MUESTRA DE 30 PACIENTES SOMETIDA A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIDEPRESIVO Y TRES GRUPOS DE 8 PACIENTES SOMETIDOS A: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y TERAPIA COGNITIVA O GRUPO MIXTO (BDI-M). TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EXCLUSIVAMENTE O GRUPO FARMACOLOGICO (BDI-F). TRATAMIENTO DE TERAPIA COGNITIVA EXCLUSIVAMENTE O GRUPO COGNITIVO (BDI-C). SE COMPARAN LA 1.<sup>a</sup> Y 3.<sup>a</sup> EVALUACION CON EL BDI ESTABLECIDAS A LO LARGO DEL TRATAMIENTO

	t-statistic	p <
B1-BDI.1C .....	-1,009	n.s.
B3-BDI.3C .....	1,631	n.s.
B1-BDI.1F .....	-1,247	n.s.
B3-BDI.3F .....	-0,709	n.s.
B1-BDI.1M .....	-1,713	n.s.
B3-BDI.3M .....	2,434	0,02

2. Al comparar la muestra de 30 pacientes con tratamiento farmacológico y diagnóstico de episodio depresivo (B1 y B3), con la muestra de 8 pacientes también con terapia farmacológica y diagnóstico de depresión mayor (BD1-1F Y BD1-3F) pero con una prescripción farmacológica más flexible que en el caso anterior, aun siendo la media en las puntuaciones favorable al grupo de los 30 pacientes al final del tratamiento, los valores de p indican que no hay diferencias significativas tanto al principio como al final del tratamiento para ambos grupos tratados con fármacos antidepresivos.

3. Por último, la comparación estadística entre la muestra de 30 pacientes con tratamiento farmacológico y diagnóstico de episodio depresivo (B1 y B3), con la muestra de 8 pacientes de terapia mixta y diagnóstico de depresión mayor (BD1-1M y BD1-3M), manifiesta un nivel de significación de  $p < 0,02$ , lo que indica una muy ligera diferencia entre el grupo tratado con fármacos antidepresivos y el grupo tratado con terapia mixta farmacológica y cognitiva, a favor de este último. Las hipótesis que se pueden postular son las siguientes: a) Que el refuerzo cognitivo presta brillantez momentánea a la contestación del cuestionario autoaplicado de Beck por parte del paciente. b) Que el tratamiento farmacológico sitúa al paciente en disposición de una mayor sugestionabilidad por parte de la terapia cognitiva. Máxime cuando, por sí sola, la terapia cognitiva, comparada con la terapia farmacológica, no da lugar a este mínimo nivel de significación, no existiendo diferencias significativas entre ellas. c) Que la terapia cognitiva es, dado el escaso nivel de significación obtenido, capaz de remontar un factor disposicional o de rasgo de personalidad. La dificultad sería establecer el tiempo de actuación o el grado de perdurabilidad en la eficacia de esta estrategia cognitiva. Esto requeriría un tiempo prolongado de seguimiento, que resulta poco tentador, dadas las escasas diferencias de eficacia obtenidas entre una y otras terapias.

En la tabla II se comparan globalmente por un lado los 30 pacientes sometidos a tratamiento antidepresivo farmacológico con unas determinadas condiciones metodológicas (B1, B2 y B3), con los 8 pacientes, del grupo cognitivo, del grupo farmacológico y del grupo mixto (BDI.1, BDI.2 y BDI.3). Se relacionan las tres evaluaciones de que consta el estudio, al inicio del tratamiento, a las 4 semanas y a los tres meses.

Los resultados indican que ambas muestras tienen descripciones estadísticas semejantes y los niveles de significación alcanzados no revelan diferencias apreciables tanto al principio como al final de la evaluación terapéutica, aunque el hecho de que un grupo sea diagnosticado de episodio depresivo (tanto depresión mayor como distimia depresiva) y el otro exclusivamente de depresión mayor, origina unas ligeras diferencias al inicio del tratamiento. Sin embargo, esto no es obstáculo para que al final de las sucesivas evaluaciones no existan diferencias entre una y otra muestra respecto de la eficacia terapéutica.

La tabla III refleja la comparación estadística en la tercera evaluación de la muestra de 21 pacientes diagnosticados de distimia depresiva y tratados exclusivamente con tratamiento farmacológico (B3d), con los tres grupos de 8 pacientes cada uno de ellos tratados con terapia cognitiva (BDI-3C), farmacológica (BDI-3F) y mixta (BDI-3M), respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo B3d y el grupo farmacológico; las diferencias obtenidas fueron de escasa entidad respecto del grupo cognitivo, mientras que fueron manifiestas respecto del grupo mixto.

**TABLA II.** RELACION ESTADISTICA COMPARATIVA (TEST DE LA T DE STUDENT NO APAREADO) ENTRE LA MUESTRA DE 30 PACIENTES SOMETIDA A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (B1, B2, B3) Y LA MUESTRA DE 24 PACIENTES SOMETIDA A TRATAMIENTO COGNITIVO, FARMACOLOGICO Y MIXTO (BDI1, BDI2, BDI3), CON RESPECTO A LAS TRES EVALUACIONES DEL CUESTIONARIO DE BECK

	t-statistic	p <
B1-BDI.1 .....	-2,106	0,04
B2-BDI.2 .....	-0,454	n.s.
B3-BDI.3 .....	1,437	n.s.

Conviene resaltar que la comparación estadística se establece entre un grupo de 30 pacientes diagnosticados de distimia depresiva y tres grupos de sólo 8 pacientes diagnosticados de depresión mayor, lo que confiere menores garantías estadísticas, dado el tamaño de la muestra. A pesar de esto, solamente mejoraron los resultados el grupo de 8 pacientes con depresión mayor, tratamiento farmacológico y reforzados con 20 sesiones de terapia cognitiva en un promedio de 28 semanas de tratamiento (BDI-3M). El grupo farmacológico de 8 pacientes con depresión mayor tuvo un seguimiento promedio de 24 semanas y el grupo de 8 pacientes con terapia cognitiva y diagnosticados también de depresión mayor, tuvo un seguimiento promedio de 22 semanas y 20 sesiones de tratamiento. En cambio, el grupo de 21 pacientes diagnosti-

cados de distimia depresiva y exclusivamente tratados con psicofármacos antidepressivos, tuvo un seguimiento de tres meses, sin un abordaje psicoterápico ni ninguna especial relación médico-paciente.

**TABLA III.** RELACION ESTADISTICA COMPARATIVA (TEST DE LA T DE STUDENT NO APAREADO) ENTRE LA MUESTRA DE 21 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DISTIMIA DEPRESIVA Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (Bd), CON LA MUESTRA DE 8 PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA COGNITIVA (BDI-C). TERAPIA FARMACOLOGICA (BDI-F) Y TERAPIA MIXTA (BDI-M). SEGUN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA 3.<sup>a</sup> EVALUACION CON EL CUESTIONARIO DE BECK

	t-statistic	p <
B3d/BDI-3C .....	2,159	0,04
B3d/BDI-3F .....	-0,228	n.s.
B3d/BDI-3M .....	2,911	0,007

Es obvio que la rentabilidad en cuanto al tiempo y dedicación asistencial resulta mucho más favorable para el grupo de 21 pacientes diagnosticados de distimia depresiva y con tratamiento farmacológico, que para los otros grupos de pacientes diagnosticados de depresión mayor y sometidos a numerosas sesiones psicoterápicas de reestructuración cognitiva.

En la tabla IV al comparar dos grupos de similares magnitudes muestrales, con diagnósticos de distimia depresiva y tratamiento farmacológico exclusivo (B1d y B3d) y de depresión mayor con tratamiento mixto, farmacológico y cognitivo (BDI-1M y BDI-3M), el nivel de significación indica que las diferencias son poco apreciables. A su vez, el grupo de distimia depresiva con tratamiento farmacológico exclusivo tuvo un seguimiento promedio de 12 semanas. Por el contrario, en el grupo de depresión mayor con tratamientos diversos y predominio de la terapia cognitiva, se mantuvo un seguimiento promedio durante 24 semanas.

Estos resultados confirman la hipótesis anteriormente postulada de que el aumento de las muestras reduce las diferencias entre unas y otras estrategias terapéuticas. Si a esto añadimos la mayor dedicación por parte del terapeuta, en los tratamientos en que la terapia cognitiva se encuentra presente, así como los lazos establecidos en la relación paciente-terapeuta, los procedimientos de autoevaluación pueden resultar ligeramente influidos por la justa correspondencia a la empatía establecida entre paciente y terapeuta. Asimismo, los cuadros depresivos diagnosticados de depresión mayor pueden tener remisiones espontáneas, por la propia naturaleza biológica y estacional de estos episodios depresivos, que incidirá con mayor probabilidad cuanto más se prolonguen los seguimientos.

Ante las interpretaciones varias que se han constatado en la comparación de las muestras anteriores, hemos tratado de comparar las diversas estrategias terapéuticas objeto de este estudio, en función de un criterio diagnóstico más homogéneo.

En la Tabla V se manifiesta la ausencia de diferencias significativas entre los 9 pacientes tratados con antidepresivos tricíclicos en exclusividad y con diagnóstico de depresión mayor (BM1, BM2 y BM3) —perteneciente a la muestra de 30 pacientes— y las muestras de 8 pacientes también con diagnóstico de depresión mayor y tratados con terapia mixta (BDI-1M, BDI-2M y BDI-3M), cognitiva (BDI-1C, BDI-2C y BDI-3C) y farmacológica (BDI-1F, BDI-2F y BDI-3F), respectivamente.

**TABLA IV.** RELACION ESTADISTICA COMPARATIVA (TEST DE LA T DE STUDENT NO APAREADO) ENTRE LA MUESTRA DE 21 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DISTIMIA DEPRESIVA CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (BD) Y LA MUESTRA DE 24 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESION MAYOR Y TRATADOS CON TERAPIA MIXTA, FARMACOLOGICA Y COGNITIVA (BDI-M). EVALUACIONES AL INICIO Y FINAL DEL TRATAMIENTO CON EL CUESTIONARIO DE BECK

	t-statistic	p <
B1d/BDI-1M .....	-2,367	0,02
B3d/BDI-3M .....	1,968	0,05

Por tanto, cuando se plantea una uniformidad en el diagnóstico de las muestras seleccionadas, el tratamiento farmacológico no es superado por la terapia cognitiva, cualquiera que sea la forma en que se aplique: sola o asociada a tratamiento farmacológico antidepresivo. Como se puede apreciar en la tabla V, donde aparece la relación estadística de todas las posibles combinaciones de pacientes con depresión mayor y diversas estrategias terapéuticas, para todos los grupos y en todas las evaluaciones de que consta el estudio las diferencias no fueron significativas.

Todo esto está a favor de la eficacia del abordaje psicofarmacológico de los cuadros depresivos, a la vez que del pragmatismo y rentabilidad de esta estrategia, que no es superada en la actualidad por ninguna otra terapia. Y esto es más importante si tenemos en cuenta que la incidencia de la enfermedad depresiva alcanza los niveles más altos de cualquiera de las patologías que afectan al hombre. Se necesita clarificar los conceptos que atañen a los posibles programas de prevención secundaria y, a su vez, a las informaciones que deben recibir los pacientes depresivos cuando solicitan una terapia que cure o alivie su sufrimiento.

En el gráfico 1 se comparan las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario autoaplicado de Beck por las diversas muestras en la primera evaluación. Se aprecia la homogeneidad de todos los grupos comparados, en cuanto a la autoevaluación inicial de la sintomatología del cuadro depresivo.

Todas las muestras superan la puntuación media de 21 puntos, que para Beck y Beamesderfer (1974) es el criterio que consideran es necesario satisfacer para identificar los pacientes severamente depresivos. Estos autores opinan que una puntuación de 15 o superior debe ser considerada significativa cuando se selecciona a pacientes depresivos.

**TABLA V.** RELACION ESTADISTICA COMPARATIVA (TEST DE LA T DE STUDENT NO APAREADO) ENTRE LAS MUESTRAS DE 8 PACIENTES, TRATADOS CON TERAPIA MIXTA (BDI-M), CON TERAPIA COGNITIVA (BDI-C) Y CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (BDI-F), CON LA MUESTRA DE 9 PACIENTES DIAGNOSTICADOS TAMBIEN DE DEPRESION MAYOR (BM) Y TRATADOS EXCLUSIVAMENTE CON TERAPIA FARMACOLOGICA, SE RELACIONAN LAS TRES EVALUACIONES A TRAVES DEL CUESTIONARIO DE BECK, A LO LARGO DEL TRATAMIENTO

	t-statistic	p <
BDI-1M/BM-1 .....	1,055	n.s.
BDI-2M/BM-2 .....	-0,491	n.s.
BDI-3M/BM-3 .....	-1,125	n.s.
BDI-1C/BM-1 .....	0,528	n.s.
BDI-2C/BM-2 .....	-0,491	n.s.
BDI-3C/BM-3 .....	-0,357	n.s.
BDI-1F/BM-1 .....	0,708	n.s.
BDI-2F/BM-2 .....	-0,330	n.s.
BDI-3F/BM-3 .....	1,375	n.s.

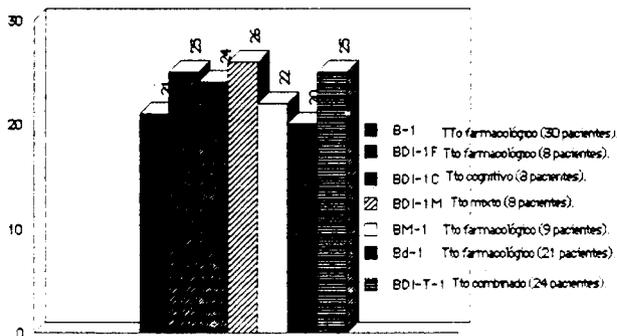
El gráfico 2 refleja la igualdad de las puntuaciones medias en el cuestionario de Beck tras la segunda evaluación realizada a mitad del seguimiento, después de 4 semanas de tratamiento. Todas las muestras reflejadas en el gráfico obtuvieron niveles de mejoría semejantes, a pesar de las diversas terapias antidepresivas aplicadas e incluso a través de los diversos subdiagnósticos establecidos (depresión mayor o distimia depresiva).

El gráfico 3 ilustra sobre las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario de Beck, en la tercera y última evaluación del estudio, en todos los posibles grupos de pacientes. En el gráfico se recoge incluso el resultado obtenido por un grupo de control de sujetos sanos.

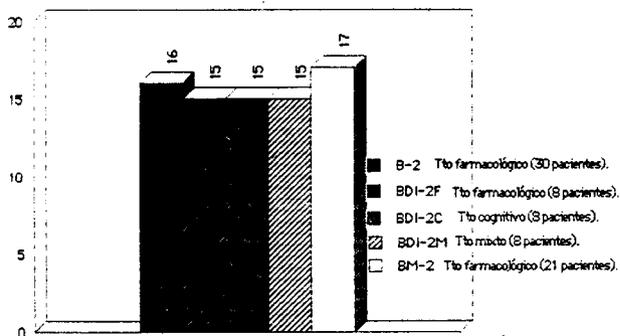
Como se puede apreciar, a nivel de puntuación media de 12-14 se sitúan los grupos siguientes: B3 (grupo de 30 pacientes con el diagnóstico de distimia depresiva y depresión mayor y sometidos a tratamiento farmacológico), BDI-3F (grupo de 8 pacientes con el diagnóstico de depresión mayor y tratamiento farmacológico) y Bd3 (grupo de 21 pacientes con el diagnóstico de distimia depresiva y tratamiento farmacológico).

A otro nivel, un poco inferior de 5-9 de puntuación media, se sitúan el resto de los grupos: BO (grupo de control de 30 sujetos sanos, sin tratamiento), BDI-3C (grupo de 8 pacientes, con diagnóstico de depresión mayor y terapia cognitiva), BDI-3M (grupo de 8 pacientes, con diagnóstico de depresión mayor y tratamiento mixto, farmacológico y cognitivo), BM-3 (grupo de 9 pacientes, con diagnóstico de depresión mayor y tratamiento farmacológico) y BDI-T-3 (grupo de 24 pacientes con diagnóstico de depresión mayor, que corresponden a la integración de los grupos BDI-3F, BDI-3C y BDI-3M).

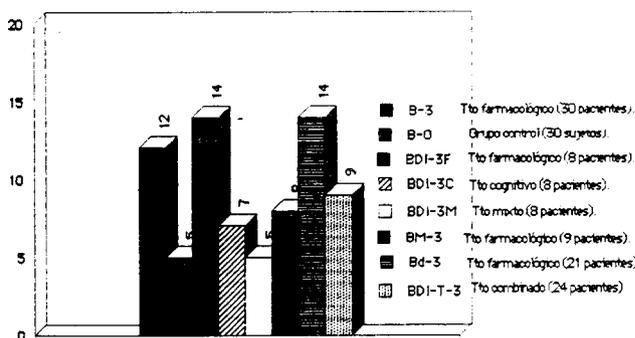
*Evolución sintomatológica mediante evaluación con el BDI de diversas muestras de pacientes depresivos, sometidos a estrategias terapéuticas farmacológicas y de terapia cognitiva (x)*



Gráf. 1.—Histograma de la relación entre las puntuaciones medias del Cuestionario de Beck en la primera evaluación de las diversas muestras comparadas.



Gráf. 2.—Histograma de la relación entre las puntuaciones medias del Cuestionario de Beck en la segunda evaluación de las diversas muestras comparadas.



Gráf. 3.—Histograma de la relación entre las puntuaciones medias del Cuestionario de Beck en la tercera evaluación, con las diversas muestras comparadas.

Los resultados obtenidos parecen indicar que el factor más determinante para que un grupo se encuentre en un nivel inferior o ligeramente superior en las puntuaciones obtenidas en el BDI, es el diagnóstico previo establecido de depresión mayor o de distimia depresiva, respectivamente. Cabe destacar la distinta ubicación de los dos subgrupos de la muestra de 30 pacientes que recibieron un mismo tratamiento farmacológico, en el que los diagnósticos de distimia depresiva se sitúan en el nivel ligeramente superior y los de depresión mayor, en el nivel inferior.

De acuerdo con Maldonado (1988), quien cita un estudio realizado por Shaw y cols. (1985) sobre una muestra de pacientes clínicamente depresivos evaluados mediante el BDI (Inventario para la depresión de Beck), llegamos también aquí a las siguientes conclusiones:

Cualquier resultado después del tratamiento, en el que oscile la puntuación obtenida entre 0 y 9, debe considerarse como depresión en período de remisión. El intervalo entre 10 y 15 es indicativo de una remisión parcial. Por último, las puntuaciones obtenidas en el intervalo entre 16 y 63 deben considerarse como indicadores de que el paciente continúa sintomático.

Las muestras de pacientes depresivos en este trabajo, obtienen en su totalidad puntuaciones medias inferiores a 15, lo que sería indicativo, al menos en los grupos menos favorecidos por el tratamiento administrado, de una remisión parcial en la sintomatología depresiva que antes presentaban. Todos los grupos con el diagnóstico de depresión mayor, obtuvieron puntuaciones medias inferiores a 9, por lo que pueden considerarse como en período de remisión.

## **CONCLUSIONES**

La comparación estadística de los resultados obtenidos a través de las puntuaciones en el cuestionario de Beck entre la muestra constituida por 30 pacientes con diagnóstico genérico de episodio depresivo (sometida a farmacoterapia) y la muestra de 24 pacientes dividida en tres subgrupos de 8 pacientes con diagnóstico de depresión y terapia mixta, respectivamente, nos permite concluir los siguientes resultados:

a) Sólo en la muestra de 8 pacientes con depresión mayor, sometidos a terapia mixta, obtuvimos escasas diferencias significativas respecto de la muestra de 30 pacientes que padecieron un episodio depresivo y que fueron tratados exclusivamente con farmacoterapia, y esto a pesar de las diferencias diagnósticas (el grupo de 8 pacientes tiene el diagnóstico de depresión mayor: en cambio en el grupo de 30, había pacientes afectados de depresión mayor y otros de distimia depresiva), del tamaño de la muestra (ambas favorables para el grupo de 8 pacientes), y de la diferente dedicación y seguimiento del terapeuta (claramente a favor del grupo de 8 pacientes con depresión mayor en el que fue aplicada terapia mixta).

b) La comparación estadística entre los restantes subgrupos de pacientes depresivos indica que con la farmacoterapia se consiguieron los mismos resultados que con la terapia cognitiva.

c) Según estos datos la elección del tratamiento farmacológico y la metodología empleada son variables que repercuten en la eficacia antidepresiva obtenida en cada una de las submuestras; en nuestro caso manifiestamente favorable a la muestra de 30 pacientes con diagnóstico de episodio depresivo (depresión mayor y distimia depresiva) y con exclusivo tratamiento farmacológico.

Por lo que respecta a la revisión bibliográfica, hemos encontrado resultados muy dispares. Así, por ejemplo, Teasdale et al. (1984) encuentran que pacientes diagnosticados de depresión mayor según criterio RDC, sometidos a una combinación de terapia cognitiva y antidepresivos. Zettle y Rains (1989) compararon tres grupos de pacientes sometidos a diferentes tipos de terapias: terapia cognitiva completa, terapia cognitiva parcial y un tercer grupo tratado con distanciamiento comprensivo. Los autores encontraron que los tres grupos muestran reducciones significativas en la sintomatología depresiva después de 12 semanas de tratamiento y dos meses de seguimiento, en un grado prácticamente equivalente.

Las diferencias halladas por nosotros al comparar globalmente las dos muestras de nuestro estudio, una la de 30 pacientes y otra de 24 (suma de los tres grupos de 8 pacientes) fueron nulas, es decir, que el resultado final fue similar en ambas muestras. A nuestro modo de ver, este resultado habla a favor de la rentabilidad de la farmacoterapia con respecto al tiempo, esfuerzo y complejidad que exige el manejo de las terapias cognitivas. Esto quiere decir que es también mayor el número de pacientes que pueden beneficiarse de la psicoterapia, cuando se administran fármacos antidepresivos.

El resultado que hemos obtenido en nuestro estudio concuerda con lo señalado por Williams (1984), quien ha realizado una extensa revisión de los trabajos de evaluación de la psicoterapia cognitiva. Williams critica los múltiples errores metodológicos de la mayoría de los trabajos revisados: muestras reducidas, diagnósticos no homogéneos, cuestionarios de evaluación diversos y relativamente fiables, etc... Su conclusión sobre la terapia cognitiva es que son técnicas que resultan eficaces en el tratamiento de las depresiones no psicóticas; pero recomienda el uso combinado con farmacoterapia antidepresiva o el empleo exclusivo de terapia cognitiva, cuando se evidencien contraindicaciones a los tricíclicos. Beck et al. (1985) se muestran partidarios de la necesidad de asociar terapia cognitiva y antidepresivos tricíclicos (en concreto, de amitriptilina, en el trabajo reseñado).

Nuestros resultados son también coincidentes con los obtenidos por Murphy et al. (1984), quienes compararon los efectos de cuatro combinaciones distintas de tratamientos: 1) Terapia cognitiva: Aplicaban las técnicas de Beck en 20 sesiones durante 12 semanas. 2) Farmacoterapia: Prescripción de nortriptilina con control de los niveles plasmáticos. 3) Terapia cognitiva y farmacoterapia: En condiciones similares a las descritas en los grupos anteriores. 4) Terapia cognitiva asociada a un placebo activo, no antidepresivo con efectos sedativos y anticolinérgicos. El resultado fue que todos los grupos mejoraron significativamente, no encontrándose diferencias significativas entre ellos.

Estos resultados nos invitan a reflexionar sobre la complejidad y el abanico de factores que se concitan en los cuadros depresivos. A pesar de lo cual, no hay duda de que la farmacoterapia antidepresiva es, por el momento, la medida más eficaz y de menor coste de todas las terapias hoy disponibles.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. BARKER, W. A.; SCOTT, J., Y ECCLESTON, D.: "The Newcastle chronic depression study: Results of a treatment regime". *Int Clinical Psychopharmacology*, 1987, 2 (3): 261-272.
2. BECK, A. T. et al.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Ed. Desclee de Brouwer, Bilbao, 1983.

3. BECK, A. T et al.: "Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline". Archives of General Psychiatry, 1985, 42: 142-148.
4. BEUTLER, L. E. et al.: "Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults". Journal Consulting Clinical Psychology, 1987, 55 (4): 550-556.
5. BLACKBURN, I. M. et al.: "A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. Journal Affective Disorders, 1986, 10 (1): 67-75.
6. DOBSON, K. S.: "A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression". Journal Consulting Clinical Psychology, 1988, 57 (3): 1414-419.
7. MALDONADO BUITRAGO, C. L.: Una investigación clínica sobre la eficacia diferencial de los tratamientos cognitivos y/o farmacológicos de la Depresión Mayor. Tesis Doctoral. Univ. Complutense, Madrid, 1988.
8. MURPHY et al.: "Cognitive therapy and pharmacotherapy singly and together in the treatment of depression". Archives of General Psychiatry, 1984, 41: 33-41.
9. NISSEN, G.: "Treatment for depression in children and adolescents". Psychopathology, 1986, 19: 156-161.
10. POLAINO-LORENTE, A.: Las depresiones infantiles. Ed. Morata, Madrid, 1988.
11. POLAINO-LORENTE, A.: "El tema del autoconcepto y sus implicaciones en las investigaciones clínicas". En: Crawford Bamber, J. (Dir.), Identidad, Norma y Diversidad. VI Cursos de Verano en San Sebastián, Servicio Editorial Universidad del País Vasco, San Sebastián, 1988, pp. 29-51.
12. REYNOLDS, W. M., y COATS, K. I. A.: "A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents". Journal Consulting Clinical Psychology, 1986, 54 (5): 653-660.
13. SCHRODT, G. R. (Jr.) y FITZGERALD, B. A.: "Cognitive therapy with adolescents". American Journal Psychotherapy, 1987, 41 (3): 402-408.
14. TEASDALE et al.: "Cognitive therapy for Major Depressive Disorder in primary care". British Journal of Psychiatry, 1984, 144: 400-406.
15. WILLIAMS et al.: "Cognitive-Behavior Therapy for Depression: Problems and Perspectives". British Journal of Psychiatry, 1984, 145: 251-262.
16. ZETTLE, R. D., y RAINS, J. C.: "Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression". Journal Clinical Psychology, 1989, 45 (3): 436-445.

## **ACTIVIDAD MEDICA**

### **NOTICIAS LOCALES**

La Real Academia de Medicina de Sevilla ha celebrado el "Día de la Academia". Se celebró misa de acción de gracias oficiada por el Excmo. Sr. Don Carlos Amigo Vallejo.

Posteriormente, en la sede de la Academia tuvo lugar el acto conmemorativo. Después de la presentación de dicho acto el Excmo. Sr. Presidente, el Excmo. y Rvdmo. Sr. D. Carlos Amigo Vallejo, Arzobispo de Sevilla y Miembro de Erudición en Teología de la misma Real Academia, pronunció una conferencia con el tema "El Beato Fray Diego de Cádiz" (al cumplirse 200 años de su ingreso como Miembro de Erudición en Teología de la Corporación).

### **CONGRESOS, CURSOS Y REUNIONES CIENTIFICAS**

La Fundación Mapfre Medicina, con el patrocinio de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (F.A.D.), ha celebrado una reunión en Madrid sobre el tema "Drogas y trabajo: Buscando soluciones".