



EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes con tendencia a la cronicación (Mueller & Leon, 1996). No todos los pacientes responden a los tratamientos de primera elección, por lo que la depresión resistente al tratamiento supone un desafío para el profesional (Rush et al., 2006). Es una enfermedad heterogénea y multifactorial donde la influencia del estilo de vida tiene un papel a veces minusvalorado (Gómez-Juanes et al., 2017). El objetivo principal es evaluar la eficacia de un programa de intervención multimodal (LPM) no presencial, de estilo de vida saludable adyuvante, en pacientes con depresión mayor resistente frente a un control activo MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy) y un grupo de mínima intervención en estilo de vida (MLI), cuyo protocolo ya está publicado (Navarro et al., 2020).

MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio aleatorizado controlado de tres ramas con una muestra total de 94 pacientes. Todos seguían su tratamiento habitual (TAU) y recibieron una hoja con recomendaciones sobre estilo de vida. El grupo de intervención recibió un tratamiento grupal online durante 8 semanas enfocado en estilo de vida saludable; otro grupo recibió un programa de 8 semanas basado en MBCT; el tercer grupo recibió información escrita sobre recomendaciones. El Inventario de Depresión Beck-II fue utilizado como principal medida de eficacia del programa, evaluándose la sintomatología depresiva en situación basal y post- intervención.

EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

Participantes y procedimiento

Participantes de las Islas Baleares con diagnóstico de TRD que fueron reclutados cooperando con trabajadores de salud mental. Para garantizar que los pacientes cumplieran con los criterios de inclusión, cuatro psicólogos capacitados administraron la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Ferrando et al., 2000) por teléfono. Una vez que un participante era elegible, el psicólogo administraba las encuestas de referencia. Los pacientes que cumplían criterios fueron aleatorizados después de aceptar participar y una vez que se les proporcionó el consentimiento informado. Cada paciente fue asignado al azar en una proporción de 1:1:1 a 1 de los tres enfoques psicoterapéuticos no presenciales diferentes (MLI, MBCT o LMP). La aleatorización se realizó mediante una secuencia de asignación aleatoria generada por ordenador con el software Random Allocation (v.2.0) por un investigador de una unidad hospitalaria no relacionada con el ensayo clínico. Las tres intervenciones se realizaron de forma remota a través de una plataforma online debido a la coincidencia con la pandemia del COVID-19. El reclutamiento comenzó el 22 de enero de 2020 y se completó el 8 de febrero de 2021.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mayor de edad; diagnóstico actual de trastorno depresivo mayor de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5; ser tratado por un profesional de la salud mental durante al menos un mes; haber probado al menos dos fármacos antidepresivos

en el episodio actual en la dosis máxima tolerada o rechazar los antidepresivos por cualquier motivo; entender perfectamente español hablado y escrito; firmar el consentimiento informado.

EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: presentar otra enfermedad que afecte al Sistema Nervioso Central; actual diagnóstico psiquiátrico o una enfermedad mental severa (dependencia de sustancias, historia de esquizofrenia, trastorno alimentario etc.) a excepción de trastornos por ansiedad o trastorno de personalidad (criterios MINI – DSMV); actual enfermedad médica, infecciosa severa o degenerativa descontrolada que pueda interferir en los síntomas afectivos; riesgo significativo de suicidio (puntuación moderada o alta en la escala MINI); embarazo; actual problema psicosocial que puede interferir en la participación del paciente en el estudio.

Medidas

Output principal:

- Inventario autoaplicado de Depresión de Beck II (BDI-II), con la versión española validada (Sanz, 2005). Se trata de uno de los cuestionarios para evaluar la intensidad de la depresión más utilizado en estudios farmacológicos y psicológicos para evaluar la severidad de la sintomatología depresiva.

Resultados secundarios:

-Escala auto aplicada de impresión clínica global (ICG)(Busner & Targum, 2007), cuenta con 7 ítems que nos indican la impresión de gravedad de la sintomatología depresiva: 1=normal, sin enfermedad; 2=al límite de la depresión; 3=levemente deprimido; 4=moderadamente deprimido; 5= marcadamente deprimido; 6= gravemente deprimido y 7= extremadamente deprimido.

EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

Intervención

Los pacientes fueron asignados al azar a 1 de los 3 grupos:

1. Programa de modificación del estilo de vida (LMP): Tratamiento habitual (TAU) prescrito por el equipo de salud mental, sugerencias escritas para cambios en el estilo de vida y un programa de promoción de cambio de estilo de vida de 8 semanas.
2. Terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT): tratamiento habitual (TAU) prescrito por el equipo de salud mental, sugerencias escritas para cambios en el estilo de vida y un programa de iMBCT de 8 semanas.

Intervención mínima en el estilo de vida (MLI): Tratamiento habitual (TAU) prescrito por el equipo de salud mental y sugerencias escritas para cambios en el estilo de vida.

Las ocho sesiones grupales de 3 horas administradas al grupo LMP incluyeron la revisión y asignación de tareas sobre los siguientes temas sobre la depresión y estilos de vida saludable: síntomas, causas, curso y tratamiento de la depresión; importancia del ejercicio físico para la salud física y mental; cómo

hacer ejercicio de forma segura y cómoda; motivación para incorporar el ejercicio físico en las rutinas diarias; la importancia de una buena nutrición para mejorar la salud física y mental, y pautas de alimentación saludable; importancia de una red de apoyo social, con propuestas prácticas de mejora; ritmo sueño-vigilia e higiene del sueño, con propuestas prácticas para mejorar; necesidad de una exposición adecuada a la luz solar, con recomendaciones prácticas; papel de las rumiaciones negativas en el mantenimiento de la depresión, con estrategias para detectar y detener este comportamiento; contacto con la naturaleza, con recomendaciones.

EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

Las ocho sesiones grupales de 3 horas administradas al grupo MBCT incluyeron la revisión de una asignación de tareas sobre los siguientes temas: síntomas, causas, curso y tratamiento de la depresión; concepto de atención plena; pasar de vivir en "piloto automático" a vivir consciente y deliberadamente; observaciones de la respiración y el cuerpo; cambiar la forma de relacionarse con las experiencias a través del pensamiento para sentirlas directamente; etiquetar diferentes experiencias (agradables, desagradables); pasar de adentrarse en el pasado y anticipar el futuro a estar plenamente presente en el momento; pasar de tratar de evitar, escapar o eliminar experiencias desagradables a acercarse a ellas con curiosidad e interés; pasar de necesitar que las cosas sean diferentes a simplemente dejarlas ser como son; pasar de considerar los pensamientos como verdaderos y reales a considerarlos como procesos mentales que pueden no corresponder a la realidad; pasar de tratarte con dureza a cuidarte con afecto y compasión; planificar un futuro viviendo conscientemente.

El contenido de las intervenciones incluyó textos, videos, ejercicios de atención plena audio-guiados en el grupo MBCT e infografías.

EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

RESULTADOS

Tal y como se muestra en la tabla 1, la muestra del presente estudio es de 94 participantes con una media de edad de 48.15 años. El 75% fueron mujeres (n=70). La distribución de la muestra entre los dos grupos fue normal exceptuando el género. El 34% de los participantes eran solteros y el 53.19% tenía estudios secundarios completos.

		Total (n=94;100%)	LMP (n=34)	MBCT (n=29)	MLI (n=30)
Edad M (DT)		48.15 (13.05)	45.47 (13.15)	51.62 (13.684)	47.84 (11.978)
Sexo, n (%)	Masculino	24 (25)	11 (11.7)	4 (4.3)	9 (9.6)
	Femenino	70 (75)	23 (24.5)	25 (26.6)	22 (23.4)
Situación familiar, n (%)	Soltero/a	32 (34)	11 (11.7)	9 (9.6)	12 (12.8)
	Casado/a	16 (17)	7 (7.4)	6 (6.4)	3 (3.2)
	Divorciado/a	23 (24.4)	5 (5.3)	11 (11.7)	7 (7.4)
	Viudo/a	4 (4.2)	2 (2.1)	1 (1.1)	1 (1.1)
	Otros	18 (19.1)	9 (9.5)	2 (2.1)	7 (7.4)
Nivel Educación, n (%)	Sin estudios	6 (6.38)	0 (0)	4 (4.25)	2 (2.12)
	Primarios	13 (13.89)	4(4.25)	5 (5.31)	4 (4.25)
	Secundarios	50 (53.19)	20 (21.27)	15 (15.95)	15 (15.95)
	Universitarios	25 (26.59)	10 (10.63)	5 (5.31)	10 (10.63)

Tabla 1. Datos sociodemográficos

EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

Las puntuaciones medias basales recogidas con el BDI-II para el grupo LMP fueron 33.03 (10.56), para el grupo MBCT fueron 34.59 (11.76) y para el de MLI 38.20 (10.41). Las diferencias pre-post mostraron una disminución de la sintomatología para los grupos, aunque ésta no resultó significativa (tabla 2).

Las diferencias en las puntuaciones pre-post del ICG reflejan así mismo una disminución en la impresión de gravedad de la sintomatología depresiva, sin embargo, tampoco resultó significativa.

	LMP		MBCT		MLI		P valor
	n	Media (SD)	n	Media (SD)	n	Media (SD)	
BDI Basal	34	33.03 (10.56)	29	34.59 (11.76)	30	38.20 (10.41)	--
BDI Post (SD)	29	17.34 (10.80)	21	19.95 (11.99)	23	24.87 (14.16)	0.59
ICG Basal	34	3.59 (1.30)	29	3.97 (1.32)	30	3.65 (1.33)	--
ICG Post	29	2 (1.48)	21	2.17 (1.81)	23	2.13 (1.51)	0.77

Tabla 2. BDI, ICG.

Como puede observarse en la figura 1 el descenso en las puntuaciones en las medias marginales BDI-II es acusado en los tres grupos.

EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

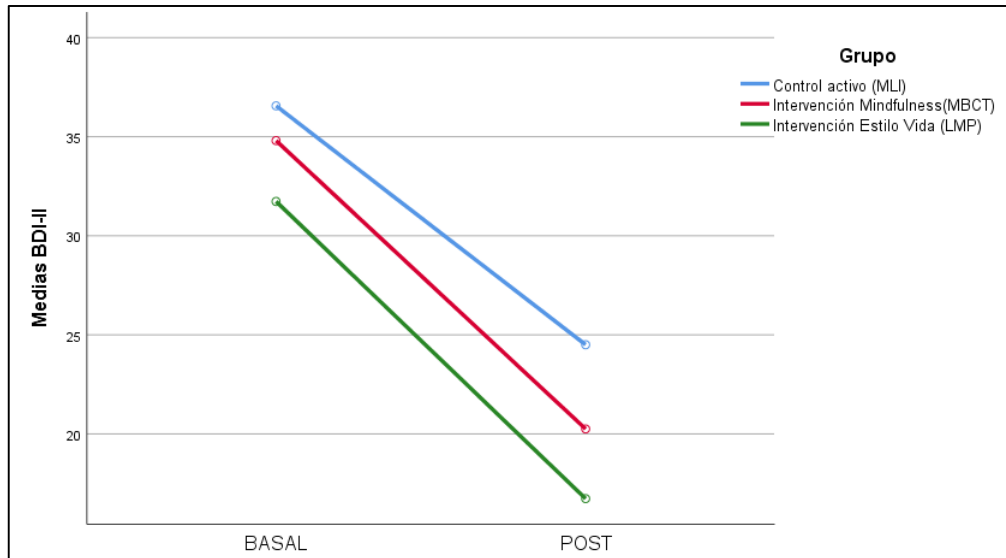


Figura 1. Comparación medias marginales. BDI-II basal y post intervención.

LIMITACIONES

En cuanto a las limitaciones, la primera que nos encontramos en el estudio es el tamaño de la muestra. Se trata de una muestra reducida lo cual limita las posibilidades del estudio estadístico para encontrar diferencias significativas.

Otra limitación tiene que ver con las circunstancias que han afectado a la implementación del programa. La adherencia al programa se podría haber visto afectada por la situación de alarma sanitaria.

DISCUSIÓN

Este estudio demuestra que los pacientes con depresión resistente que estaban en tratamiento antidepresivo estándar mejoran su sintomatología aún más, cuando siguen un programa de estilo de vida saludable coadyuvante.

EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

Hay que destacar que este estudio no sugiere la intervención en estilo de vida como alternativa a otros tratamientos antidepresivos, sino más bien como tratamiento complementario a aquellos que ya han sido bien establecidos.

Como conclusión, la intervención es bien aceptada, aunque en este punto no podemos demostrar su eficacia, que volveremos a evaluar cuando hagamos un seguimiento de todos los pacientes a los 12 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 4(7), 28–37.
2. Ferrando, L., Bobes, J., & Gibert, J. (2000). MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0 DSM-IV. *Instrumentos de Detección y Orientación Diagnóstica*.
3. Gómez-Juanes, R., Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J., & García-Toro, M. (2017). Estilo de vida saludable: un factor de protección minusvalorado frente a la depresión. *Psiquiatría Biológica*, 24(3), 97–105. <https://doi.org/10.1016/J.PSIQ.2017.10.004>
4. Mueller, T. I., & Leon, A. C. (1996). Recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(1), 85–102. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70275-6](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70275-6)
5. Navarro, C., Yáñez, A. M., Garcia, A., Seguí, A., Gazquez, F., Marino, J. A., Ibarra, O., Serrano-Ripoll, M. J., Gomez-Juanes, R., Bennasar-Veny, M., Salva, J., Oliván, B., Roca, M., Gili, M., & Garcia-Toro, M. (2020). Effectiveness of a healthy lifestyle promotion program as adjunctive teletherapy for treatment-resistant major depression during COVID 19 pandemic: A randomized clinical trial protocol. *Medicine*, 99(45). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022958>

EFICACIA COADYUVANTE DE UN PROGRAMA MULTIMODAL DE PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE

6. Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., Niederehe, G., Thase, M. E., Lavori, P. W., Lebowitz, B. D., McGrath, P. J., Rosenbaum, J. F., Sackeim, H. A., Kupfer, D. J., Luther, J., & Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905–1917. <https://doi.org/10.1176/AJP.2006.163.11.1905/FORMAT/EPUB>
7. Sanz, J. (2005). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos Spanish adaptation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): 3. Psychometric features in patients with psychological disorders ARTÍCULOS*. 16(2), 121–142.