



Guías Clínicas AUGE

Para el tratamiento de la Depresión en
personas mayores de 15 años:

Actualización en Psicoterapia

Mayo 2017

Subsecretaría de Salud Pública
DIPRECE

Departamento de Salud Basada en la Evidencia y Garantías Sanitarias

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia.

Santiago: MINSAL, (2017).

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

ISBN: (número de registro)

1ª Edición: Santiago, 2017

ÍNDICE

RECOMENDACIONES DE GUÍA	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD	5
1.2. EPIDEMIOLOGÍA Y COSTOS ASOCIADOS	7
1.3. ALCANCE DE LA ACTUALIZACIÓN	10
1.4. OBJETIVOS	11
1.5. DECLARACIÓN DE INTENCIÓN.....	11
1.5. VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN DE LA PRESENTE ACTUALIZACIÓN.....	12
1.6. CÓMO USAR ESTA GUÍA.....	12
2. DEFINICIONES DE PSICOTERAPIA.....	13
3. MÉTODOS.....	15
3.1. Búsqueda de Evidencia.....	16
3.2. Síntesis de evidencia y evaluación de la certeza de la evidencia	18
4. RESULTADOS	19
5. RECOMENDACIONES.....	20
5.1. Frecuencia de sesiones de psicoterapia.....	20
5.2. Cantidad de sesiones de psicoterapia.....	21
5.3. Corriente psicoterapéutica	22
6. TABLAS RESUMEN DE LA EVIDENCIA.....	24
6.1. Frecuencia de sesiones de psicoterapia.....	24
6.2. Cantidad de sesiones de psicoterapia	25
6.3. Corriente psicoterapéutica	26
7. TABLAS DE LA EVIDENCIA A LA RECOMENDACIÓN.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA.....	33
AUTORES DEL DOCUMENTO	35
9. ANEXOS.....	37
9.1. Informe selección de preguntas para actualización guía clínica tratamiento de la depresión en mayores de 15 años.	37
9.2. Artículos eliminados por resumen o evaluación de calidad inaceptable.....	42

RECOMENDACIONES DE GUÍA¹

Recomendación	Fuerza de la recomendación	Certeza en la Evidencia
Frecuencia de sesiones de psicoterapia semanal o irregular.		
En personas con depresión, mayores de 18 años el Ministerio de Salud SUGIERE REALIZAR psicoterapia de frecuencia semanal, en lugar de sesiones irregulares.	Condiciona	Moderada
Cantidad de sesiones de psicoterapia menor o igual a 12 ó mayor a 12 .		
En personas con depresión grave, mayores de 18 años, el Ministerio de Salud SUGIERE NO REALIZAR más de 12 sesiones de psicoterapia.	Condiciona	Moderada
Utilizar psicoterapia cognitivo-conductual u otras psicoterapias.		
En personas con depresión moderada o grave, mayores de 18 años, el Ministerio de Salud SUGIERE NO PRIORIZAR la terapia cognitivo-conductual por sobre las demás corrientes psicoterapéuticas.	Condiciona	Moderada
Utilizar psicoterapia Interpersonal u otras psicoterapias.		
En personas con depresión moderada o grave, mayores de 18 años, el Ministerio de Salud SUGIERE NO PRIORIZAR la terapia Interpersonal por sobre las demás corrientes psicoterapéuticas.	Condiciona	Moderada

¹ Las recomendaciones fueron formuladas siguiendo las directrices del Departamento de Salud Basada en la Evidencia y Garantías Sanitarias, para Guías de Práctica Clínica con metodología GRADE.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo. Se manifiesta con falta de entusiasmo, sensación de tristeza o angustia, cambios bruscos de humor, irritabilidad, cambios en los patrones habituales de sueño y de apetito y dificultad para concentrarse o recordar, más allá de lo que pueden considerarse fluctuaciones normales en el funcionamiento de la persona.

En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen alteraciones en el estado de ánimo, tristeza o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioran el funcionamiento. Por esas razones, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo, en términos de número total de AVISA (OMS, 2012).

Los síntomas de la depresión, como la tristeza, son parte de la vida normal, pero la diferencia entre estas emociones transitorias y los trastornos depresivos está dada por la intensidad, duración y cantidad de síntomas, además de la discapacidad funcional y el sufrimiento que causa un trastorno depresivo.

Criterios Diagnósticos

Las siguientes tablas presentan los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 2004) y DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000):

Tabla Nº 1. Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10

<p>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p> <p>B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.</p> <p>C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</p>
<p>Síndrome Somático</p> <p>Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados "somáticos", tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).</p> <p>Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.(2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.

- (3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- (4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- (5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
- (6) Pérdida marcada de apetito.
- (7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
- (8) Notable disminución la libido.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. OMS.

Tabla Nº 2. Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, DSM-IV-TR

<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p><i>Nota: no incluye síntomas que se explican claramente por una condición médica general, estado de ánimo incongruente, delirios o alucinaciones.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. Sentirse triste o vacío) u observado por otros (ej. Apariencia llorosa). <i>Nota: en niños y adolescentes puede ser humor irritable.</i> (2) Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros). (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días. <i>Nota: en niños considere no alcanzar la ganancia de peso esperada.</i> (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido). (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros). (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo).
E. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Fuente: Traducción de: Diagnostic and statistical Manual of mental disorders, Fourth edition, text revision. Washington, DC, American psychiatric association, 2000.

En el DSM-5, se decidió omitir la exclusión por duelo (criterio E), basándose en la evidencia de que episodios depresivos relacionados a duelo no se diferenciaban de los episodios no relacionados a éste, respecto de factores de riesgo, pronóstico o tratamiento (Kendler, Myers, & Zisook, 2008; Uher, Payne, Pavlova, & Perlis, 2014). Por lo tanto, según ese manual, el duelo se considera como un factor de riesgo psicosocial, y el diagnóstico se hace según los criterios A-D.

Tipos de depresión

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

Esta Guía adopta los criterios de clasificación diagnóstica para la depresión contenidos en la Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 2004), para el Episodio Depresivo (F32) leve (F 32.0), moderado (F32.1), grave sin síntomas psicóticos (F32.2), grave con síntomas psicóticos (F32.3), otros episodios depresivos (F32.8), episodio depresivo sin especificación (32.9). De la misma forma se incluyen los trastornos depresivos recurrentes (F33), episodio actual leve (F33.0), moderado (F33.1), grave sin síntomas psicóticos (F33.2), grave con síntomas psicóticos (F33.3), actualmente en remisión (F33.4), otros trastornos depresivos recurrentes (F33.8), trastornos depresivos recurrentes sin especificación (F33.9).

Los criterios diagnósticos de los trastornos antes mencionados, el curso y pronóstico de la enfermedad, su presentación clínica y algunos aspectos específicos por curso de vida, se presentan en la Guía de Práctica Clínica Para el Tratamiento de Personas mayores de 15 años con Depresión versión 2013.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA Y COSTOS ASOCIADOS

Carga de Enfermedad Asociada a Trastornos Depresivos

La depresión contribuye fuertemente a la carga de enfermedad, siendo la décimo primera causa de carga total de enfermedad, y segunda causa de discapacidad a nivel mundial. El trastorno depresivo mayor y distimia en conjunto causan 3,8% de la carga total de enfermedad, y además se relacionan a la mortalidad por suicidio y causas cardiovasculares, que no fueron incluidos en dicha estimación (Wang, Haidong et al., 2016)(Ferrari et al., 2013).

La contribución de la depresión a la carga de enfermedad ha aumentado en 37.5% entre 1990 y 2010, sin que haya variado significativamente la prevalencia. Este cambio se atribuye a las variaciones demográficas, donde el envejecimiento poblacional juega un rol relevante (Wang, Haidong et al., 2016) (Ferrari et al., 2013).

En Chile, según el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (MINSAL, 2007), la depresión unipolar es la segunda causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) en población general chilena y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años, congruente con lo observado en el mundo (Mathers, Fat & Boerma, 2008).

En Chile no existe un estudio representativo nacional de la prevalencia de depresión que ocupe métodos psicométricos adecuados. Sin embargo, existen dos estudios importantes que informan sobre la prevalencia de depresión. El "Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica", ejecutado en 1992-1999 (Vicente P, Rioseco S, Saldivia B, Kohn, & Torres P, 2002), realizado en cuatro ciudades de Chile, muestra que la prevalencia de vida de depresión en mujeres alcanza un 11,5% y un 12,1% para la distimia. En el caso de los hombres alcanza un 6,8% y un 3,5% para cada trastorno respectivamente.

La Encuesta Nacional de Salud del 2009-2010, representativa a nivel nacional y regional, utilizó el instrumento CIDI-Versión abreviada para medir depresión². La prevalencia de último año fue de 18,4%, con diferencias importantes entre regiones (Tabla 2). Sin embargo, no se observaron cambios en prevalencia entre 2003 y 2009-2010. También señala que a menor nivel educativo la prevalencia es mayor, evidenciando la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de depresión.

Tabla Nº 3. Prevalencia de 12 meses de Depresión en Chile, Entrevista estructurada CIDI - Short Form, por regiones.

	Prevalencia %
I Tarapacá	2,9
II Antofagasta	14,6
III Atacama	15,3
IV Coquimbo	13,9
V Valparaíso	19,5
VI L. Bdo O'Higgins	11,6
VII Maule	20,6
VIII Bio-bío	19,8
IX La Araucanía	28,3
X Los Lagos	12,7
XI Aysén	10,1
XII Magallanes y Antártica	7,0
XIII Metropolitana	19,5
XIV Los Ríos	15,5
XV Arica y Parinacota	11,8

Fuente: Markkula, N. et al. (2016) Prevalence, trends and correlates of depression in Chile in 2003 to 2010. En prensa.

² No distingue entre tipos de depresión. Es menos específico que el CIDI completo, y es posible que sobreestime la prevalencia, pero en otros países las diferencias entre CIDI y CIDI-SF han sido mínimas.

Desglosada por sexo y edad, la tabla 4 resume las prevalencias encontradas por la última Encuesta nacional de Salud (MINSAL, 2011) para sintomatología depresiva de último año:

Tabla 4. Prevalencia de depresión en el último año por grupos de edad y sexo. Chile 2009-2010

Edades	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
15-24	7,6 (4,3-13,1)	21,7 (16,4-28,2)	14,4 (11,8-18,4)
25-44	11,0 (7,4-15,9)	27,9 (22,8-33,5)	19,4 (16,1-23,1)
45-64	7,7 (5,1-11,4)	30,1 (25,2-35,5)	19,2 (16,2-22,8)
+65	4,1 (2,0-8,2)	16,9 (12,0-23,2)	11,2 (8,1-15,1)
Total	8,5 (6,7-10,9)	25,7 (23,0-28,8)	17,2 (15,4-19,2)

Fuente: Ministerio de Salud (2011) Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2011).

Como se puede observar, las mayores prevalencias de sintomatología depresiva se presentan en la **población en edad laboral** (25 a 64 años) para ambos sexos, coincidente con lo señalado por la OMS, respecto de que el desafío más relevante y costoso de salud mental, apunta a personas en edad laboral (Ferrari et al., 2013; Mathers et al., 2008).

En Chile, según datos de la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (MINSAL, Dirección del Trabajo & Instituto de Seguridad Laboral, 2011), el 21% de los trabajadores refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses, lo cual es significativamente mayor en las mujeres. Los más afectados son los del grupo 45 a 64 años (24,7%). Por otra parte, este problema es más frecuente en los grupos con menor nivel de educación.

En Chile, las licencias a causa de trastornos mentales correspondieron al 20% del número total de licencias emitidas y al 28% de los días de reposo en 2014 (Fondo Nacional de Salud FONASA, Superintendencia de Seguridad Social SUSESO, & Superintendencia de Salud, 2015). En lo relativo a enfermedades profesionales, las enfermedades mentales han aumentado su representación desde 25% en 2011 a 48% en 2014 (Miranda, M, 2014). En las ISAPRES, los trastornos mentales son causa de 20,7% de los gastos en licencias médicas, con un aumento de 26,4% entre 2012 a 2013 (Superintendencia de Salud, 2014).

Si bien la depresión es diagnosticada con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, las tasas diferenciales de abuso de sustancias, encarcelamiento y suicidio podrían indicar que el malestar psicológico se puede expresar de forma distinta en personas de distinto sexo (Branney & White, 2008).

Los trastornos depresivos en la adolescencia deben ser tomados seriamente, debido a las complicaciones potenciales que conllevan y porque constituyen un riesgo de salud para los niños y adolescentes que los padecen. Este es un trastorno que implica dificultades de adaptación psicosocial prolongada con alto riesgo de suicidalidad, afectando directa e indirectamente a un alto porcentaje de la población (Knapp, McCrone, Fombonne, Beecham, & Wostear, 2002).

En la población de personas adultas mayores, las tasas de depresión tienden a disminuir. Sin embargo, algunos autores señalan que, frecuentemente en ellos la depresión se presenta de modo atípico, no cumpliendo con los criterios clínicos para depresión mayor (Dechent, C, 2008). A pesar de que estos síndromes incompletos pueden impactar en el cálculo de la incidencia y prevalencia de depresión en personas mayores, tienen la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad que la depresión mayor en población general (Mackin & Areán, 2005). Además, hay evidencia que los métodos psicométricos, usados para definir prevalencia de depresión en encuestas poblacionales, subestiman la depresión en adultos mayores, por la naturaleza de formulación de preguntas (O'Connor & Parslow, 2009).

El deterioro cognitivo asociado a la depresión en las personas adultas mayores, incluyendo una disminución en la velocidad de procesamiento central, disfunción ejecutiva, y deterioro de la memoria a corto plazo, puede ser resultado del mismo trastorno depresivo o parte del desarrollo de una demencia (Dechent, C, 2008).

1.3. ALCANCE DE LA ACTUALIZACIÓN

Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la actualización de la guía

Esta actualización es una referencia para el psicoterapéutico tratamiento de personas de 18 años y más, con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Es una actualización de la Guía vigente.

El tratamiento de los episodios depresivos de pacientes con cuadros leves, moderados o graves de curso no crónico deberá realizarse en el nivel primario de atención, mientras que aquellas personas con cuadros refractarios, con riesgo suicida alto o con síntomas psicóticos, será más pertinente que sean atendidos en el nivel de especialidad, en el sistema de prestadores públicos y privados de salud.

Las intervenciones psicoterapéuticas deberán otorgarse a los pacientes considerando su nivel de gravedad, otras características clínicas y cuadros co-ocurrentes, tanto como sus valores y preferencias. Por ello, las recomendaciones de esta actualización son aplicables a los niveles primarios y de especialidad ambulatoria, públicos y privados.

Usuarios a los que está dirigida la Guía

Esta actualización está principalmente dirigida a:

- Psicólogos.
- Psiquiatras.
- Médicos generales.
- Médicos de familia.
- Enfermeras.
- Equipos de Atención Primaria.
- Tomadores de Decisión en Políticas de Salud Pública.
- Tomadores de Decisión en Organización de Servicios de Salud Mental.
- Centros formadores de psicólogos y psicoterapeutas de pre y posgrado.

1.4. OBJETIVOS

Entregar recomendaciones basadas en evidencia para el diseño de programas de tratamiento psicoterapéutico efectivos, con el fin de contribuir a la toma de decisiones informadas a pacientes con depresión de 18 años y más.

1.5. DECLARACIÓN DE INTENCIÓN

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente descritas y fundamentadas en los registros del paciente.

1.5. VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN DE LA PRESENTE ACTUALIZACIÓN

La evidencia será revisada periódicamente en busca de cambios significativos que pudieran modificar las recomendaciones contenidas en la guía. Se utilizará el sistema de alertas de los principales meta-buscadores de guías de práctica clínica y de evidencia primaria.

La guía será sometida a revisión cada vez que este mecanismo otorgue evidencia científica relevante.

1.6 CÓMO USAR ESTA GUÍA

Esta guía no reemplaza a la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años (2013), sino que complementa las recomendaciones de tratamientos psicológicos. El resto de capítulos e indicaciones de dicho documento siguen estando vigentes.

Las recomendaciones de esta guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema GRADE, el cual distingue entre recomendaciones fuertes y condicionales.

Tabla 5. Fuerza de la recomendación según el sistema GRADE

Implicancias	Recomendación FUERTE	Recomendación CONDICIONAL
Para el paciente	TODOS o casi todos los pacientes informados van a elegir seguir la recomendación.	La MAYORÍA de los pacientes informados van a elegir seguir la recomendación, pero una proporción pudiera rechazarla.
Para el clínico	Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en TODOS o en casi todos los casos. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicaciones.	Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias.

2. DEFINICIONES DE PSICOTERAPIA

Para propósito de esta actualización entenderemos a la psicoterapia como un tratamiento colaborativo, construido sobre una relación entre una persona y su psicoterapeuta, cuya base fundamental es el diálogo.

Existen muchas corrientes sobre las cuales se establecen las nociones fundamentales para guiar y orientar este diálogo. Para efectos de esta actualización entenderemos las siguientes (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008):

- a) **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** en la terapia cognitivo-conductual, el terapeuta se centra en el impacto que los pensamientos disfuncionales del paciente tienen sobre su comportamiento habitual y su funcionamiento futuro. Los esfuerzos se dirigen a evaluar, desafiar y modificar las creencias irracionales del paciente, mediante el proceso de reestructuración cognitiva. En esta corriente, el terapeuta mayormente hace énfasis en las tareas y las actividades fuera de sesión, ejerciendo una activa influencia sobre las interacciones terapéuticas y los temas a discutir en sesiones, utilizando enfoque más bien directivos y psicoeducativos, que buscan enseñar al paciente a lidiar con situaciones estresantes.
- b) **Terapia no directiva de apoyo:** son todas aquellas psicoterapias inestructuradas sin alguna técnica psicológica específica detrás, además de aquellas comunes a todos los enfoques como la ayuda a las personas para comunicar sus experiencias y emociones y ofrecer empatía. Se basa en la teoría de que se puede encontrar alivio frente a los propios problemas a través de la conversación con otro. Comúnmente se describen en la teoría como consejería (counseling) o terapia de apoyo³.
- c) **Terapia de activación conductual:** son aquellas psicoterapias cuyos elementos centrales son las intervenciones dirigidas a aumentar las actividades placenteras y al aumento de las interacciones positivas con otras personas y con el ambiente de los pacientes. El entrenamiento en habilidades sociales puede formar parte de este grupo.
- d) **Psicoterapia psicodinámica de corto plazo:** su propósito principal es mejorar la comprensión que el paciente tiene respecto de su propios conflictos repetitivos (intrapésicos e interpersonales). Su supuesto es que las experiencias infantiles, los conflictos pasados no resueltos y las relaciones históricas significativas, afectan la vida actual de la persona. Por ende el terapeuta se centra en cómo el pasado de las personas afecta su funcionamiento actual y explora los deseos, sueños y fantasías del paciente. Se distingue de la terapia psicoanalítica en la exploración más focalizada y acotada en el tiempo.
- e) **Terapia de resolución de problemas:** son intervenciones psicoterapéuticas que debe incluir una definición de los problemas personales, generación de múltiples soluciones

³ Algunos autores sugieren distinguir la entre terapia inespecífica de apoyo con polo expresivo o polo de apoyo.

para cada problema, selección de la mejor solución, trabajo por un plan sistemático para implementar esta solución y evaluación respecto de cómo la solución resolvió el problema.

- f) **Terapia Interpersonal (TIP):** es una psicoterapia manualizada, breve y estructurada que apunta a temáticas interpersonales en psicoterapia para la depresión, con la exclusión de todos los demás focos de atención clínica. La TIP no tiene un origen teórico específico, y está vinculada al trabajo de Sullivan, Meyer, y Bowlby. La forma vigente fue desarrollada por Gerald Klerman y Myrna Weissman en los años 1980.
- g) **Terapia en habilidades sociales:** es un tipo de terapia conductual en la cual los pacientes son educados en habilidades que los ayudan en la construcción y mantención de las relaciones sociales e interpersonales. La mayor parte de las psicoterapias se basan en el entrenamiento en asertividad, es decir en la habilidad de defender los propios derechos, expresando sentimientos con honestidad y respeto, de manera de no herir o insultar a las demás personas.

Las distintas psicoterapias varían no sólo en sus objetivos y corrientes de pensamiento, sino también en la duración, la frecuencia de las sesiones, la duración de las sesiones, la cantidad de tiempo de contacto entre terapeuta y paciente, etc.

Por todas estas variaciones, es importante identificar aquellos aspectos de la psicoterapia que pueden contribuir de manera relevante a la recuperación de personas con depresión, en el marco de la Garantía Explícita de Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 15 años.

3. MÉTODOS

Las preguntas para esta actualización parcial fueron elaboradas por el panel de expertos, mediante un método democrático que consistió en una primera reunión presencial donde el equipo técnico de la guía presentó las preguntas en formato P-I-C-O y realizó un taller para la elaboración de preguntas para guías de práctica clínica.

Posteriormente el panel envió por correo electrónico preguntas en dicho formato (35 preguntas recibidas) y se generó una encuesta virtual, enviada a 116 personas que debían evaluar las preguntas propuestas según una serie de criterios, recibiendo 12 respuestas. Ciertamente la baja cantidad de votaciones recibidas se constituye una debilidad en la formulación y priorización de las preguntas de la guía.

Mediante promedio simple de los puntajes asignados en la votación, se calcularon los puntajes de cada pregunta y se priorizaron las 3 mejor calificadas por el grupo de votantes. En el anexo 1 se presenta un informe del proceso de elaboración de preguntas.

Tabla 5. Preguntas que componen la actualización

1. ¿Es mejor la psicoterapia con frecuencia semanal que la psicoterapia con frecuencia irregular, para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes con depresión, mayores de 18 años?
2. ¿Es mejor la psicoterapia de más de 12 sesiones que la psicoterapia de menos de 12 sesiones, para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión grave?
3. ¿Es mejor la psicoterapia cognitivo-conductual o la Psicoterapia Interpersonal que otras formas de psicoterapia, para lograr la recuperación, remisión y disminuir los abandonos en pacientes con episodios depresivos moderados o severos, mayores de 18 años? ⁴

Todos los desenlaces propuestos por el grupo se consideraron críticos por parte del equipo metodológico.

Tabla 6. Desenlaces de tratamiento con psicoterapia

Desenlace	Clasificación
Recuperación	Crítico
Remisión sintomática	Crítico
Mejora del funcionamiento global	Crítico
Abandonos	Crítico

⁴ Esta pregunta fue dividida en dos por factibilidad de análisis de información.

3.1. Búsqueda de Evidencia

I. Búsqueda de Estimación de Efecto

Para la búsqueda se utilizó de manera explícita el modelo de preguntas P-I-E-C-O (pacientes, intervención/ exposición, comparación y outcomes o resultados). La búsqueda consideró los siguientes criterios:

- Período de búsqueda: sin límite de inicio a julio de 2016.
- Idiomas: Inglés y Español.
- Diseños de estudios incluidos: revisiones sistemáticas (RS) con y sin metanálisis.
- Fuentes de información:
 - Metabuscadores: Epistemonikos; TRIPDATABASE, Pubmed- Medline, Scholar Google.
 - Búsqueda de referencias de artículos incluidos.
 - No fue incluida la base de datos PsychInfo en la búsqueda.

Los términos de búsqueda utilizados para cada pregunta fueron:

- Pregunta 1: frequency deliver psychotherapy (MeSH y No MeSH).
- Pregunta 2: frequency deliver dose Psychotrerapy Depression (MeSH y No MeSH).
- Pregunta 3 y 4: effect comparison psychotherapies approaches depression (No MeSH).

Una única revisora realizó las búsquedas y la selección de los artículos, para cada una de las preguntas de manera independiente. Se colocaron artículos entre las distintas preguntas según si:

- Contenían información que se adecuaba a más de una pregunta.
- El artículo entregaba información pertinente para determinar la magnitud de efecto de un ámbito de la psicoterapia distinto del que generó la estrategia de búsqueda por la cual se halló el artículo.
- La información no otorgaba estimación de tamaño de efecto sino de costos, antecedentes metodológicos o preferencias de pacientes.

Luego se realizó una selección por resumen, evaluándolos mediante una pauta construida especialmente para cada pregunta, que incorporaba los elementos centrales de las mismas (población, intervención, comparación y desenlace), así como el diseño metodológico del artículo. Los ámbitos no concordantes con la pregunta fueron calificados con puntaje "0" y los concordantes con puntaje "1".

Aquellos artículos no revisiones sistemáticas fueron excluidos inmediatamente del análisis. Las revisiones sistemáticas con y sin metanálisis⁵ fueron clasificadas con valor "1".

Se revisaron en texto completo todos aquellos artículos que sumaron 3 ó más puntos.

A continuación se evaluó el texto completo aplicando la Pauta SIGN⁶ para la evaluación de calidad de las Revisiones Sistemáticas, por dos evaluadores de forma independiente para los artículos seleccionados en la pregunta 1 y por un único evaluador para las preguntas 2 y 3. Esta pauta ayudó a seleccionar la evidencia para estimar el efecto en función de la pertinencia de la información contenida en los artículos (metanálisis y sub-metanálisis), y de la calidad metodológica de los artículos.

Fueron excluidas:

- Revisiones literarias.
- Revisiones sistemáticas de baja calidad metodológica⁷.
- Revisiones que no se centraban en la Población a la que hacía referencia la pregunta (por ejemplo no abordaban a pacientes con depresión o estaban centradas en menores de 18 años).
- La revisión no se focalizaba en la intervención o comparación a la que hacía referencia la pregunta (por ejemplo, en la pregunta 1 no analizaban la frecuencia de las sesiones como intervención o comparación).
- La revisión no definía claramente un resultado o no definía claramente la manera de medirlo.

Búsqueda de Costo-efectividad

Dado el impacto del grado de desarrollo de los sistemas de salud y de la formación de psicoterapeutas, así como los avances en el desarrollo o adaptación de mecanismos de psicoterapia para depresión y las características socioculturales de la población, se privilegió la percepción de los expertos locales para estimar la magnitud de los costos de implementación.

Búsqueda de estudios sobre Valores y Preferencias de los pacientes.

No se realizó.

⁵ Incluye network metanálisis.

⁶ Scottish Intercollegiate Guidelines Network, en Manual Metodológico para el Desarrollo de guías de Práctica Clínica, MINSAL, 2014.

⁷ Según criterios de pauta SIGN. El anexo 2 detalla artículos excluidos del análisis.

<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Manual-metodologico-GPC-151014.pdf>

3.2. Síntesis de evidencia y evaluación de la certeza de la evidencia

La síntesis de evidencia incluyó revisiones sistemáticas con metanálisis, que evalúan el efecto de la psicoterapia en personas adultas (mayores de 18 años), con depresión. Posteriormente, se desarrollaron tablas de resumen de evidencia según metodología GRADE, las cuales sintetizan el efecto de la intervención y establecen criterios para una evaluación de la certeza en la evidencia, para cada desenlace propuesto en cada una de las preguntas planteadas por el panel de expertos.

El concepto de certeza en la evidencia se refiere a la confianza que tenemos en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia: alto, moderado, bajo y muy bajo.

La determinación del nivel de certeza se realiza a través de una evaluación sistemática y transparente del diseño de los estudios incluidos, de las limitaciones de este cuerpo de evidencia o de las circunstancias especiales que pueden aumentar nuestra confianza en los estimadores. Para más detalle, se sugiere revisar el Manual Metodológico para el Desarrollo de Guías Clínicas elaborado por el Ministerio de Salud ⁸

Efecto absoluto de la intervención

Para estimar el efecto de la psicoterapia en personas con depresión, mayores de 18 años, se utilizaron estudios que comparaban los puntajes iniciales y finales en escalas estandarizadas de síntomas depresivos, que fueron tratadas con psicoterapia y los de aquellas en grupos control.

Dado que el efecto de la psicoterapia puede cambiar según variables como la extensión de la psicoterapia, la cantidad de sesiones, la frecuencia de las sesiones, la duración de las sesiones, el tiempo total de contacto entre el terapeuta y el paciente, y la corriente psicológica a la cual se apegaba la psicoterapia, entre otras variables, se optó por priorizar aquellos análisis donde se evaluaba la dimensión de interés a la que refería la pregunta (frecuencia de sesiones, cantidad de sesiones o corriente psicoterapéutica), controlando por las demás dimensiones o ámbitos que podrían influir en el resultado. Por ello, es que para las dos primeras preguntas se utilizaron análisis de metaregresión en la estimación del efecto de la intervención, estimando el peso de cada una en la reducción de puntajes de escalas estandarizadas de síntomas depresivos, controlando por otros posibles confusores.

⁸ <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Manual-metodologico-GPC-151014.pdf>

4. RESULTADOS

Las siguientes tablas, resumen el proceso de selección de la evidencia para la estimación de efecto para las preguntas 1, 2 y 3.

1. ¿Es mejor la psicoterapia con frecuencia semanal que la psicoterapia con frecuencia irregular para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión?

Tabla 8. Proceso de selección evaluación de estimación de efecto pregunta 1.

Fecha de búsqueda	5 de julio	
		Resultados
Base de datos consultadas	<i>PubMed</i>	433
	<i>Epistemonikos</i>	110
	<i>Scholar Google</i>	421000
Selección por título	79	
Selección por resumen	40	
Selección por SIGN	1	

2. ¿Es mejor la psicoterapia de más de 12 sesiones que la psicoterapia de menos de 12 sesiones para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión grave?

Tabla 9. Proceso de selección evaluación de estimación de efecto pregunta 2

Fecha de búsqueda	11 de julio	
		Resultados
Base de datos consultadas	<i>PubMed</i>	635
	<i>Epistemonikos</i>	47
	<i>Scholar Google</i>	217000
Selección por título	81	
Selección por resumen	32	
Selección por SIGN	3	

3. ¿Es mejor la psicoterapia cognitivo-conductual o la Psicoterapia Interpersonal (16-20 sesiones, durante periodo de 3-4 meses), que otras formas de psicoterapia, para lograr la recuperación, remisión y disminuir los abandonos en pacientes con episodios depresivos moderados o severos, mayores de 18 años?

Tabla 10. Proceso de selección evaluación de estimación de efecto pregunta 3.

Fecha de búsqueda	15 de julio	
		Resultados
Base de datos consultadas	<i>PubMed</i>	18
	<i>Epistemonikos</i>	156
	<i>Scholar Google</i>	31400
Selección por título	69	
Selección por resumen	32	
Selección por SIGN	5	

5. RECOMENDACIONES

5.1. Frecuencia de sesiones de psicoterapia

Recomendación: **En personas con depresión, mayores de 18 años, el Ministerio de Salud SUGIERE REALIZAR psicoterapia de frecuencia semanal, en lugar de psicoterapia con frecuencia irregular.**

(Recomendación condicional, a favor, certeza en la evidencia moderada).

Beneficios de la intervención: aumentar la frecuencia de las sesiones por semana hasta un máximo de 2, tiene un impacto significativo en la disminución de puntajes en escalas estandarizadas de evaluación de síntomas depresivos, inclusive controlando por número de sesiones, tiempo de contacto con el terapeuta, duración en semanas y corriente de psicoterapia (Análisis de metaregresión: pendiente 0,45 IC95% 0,25 a 0,64 $p < 0,001$).

Daños de la intervención: la evidencia no mostró posibles daños asociados a regularizar la frecuencia de sesiones de psicoterapia a 1 vez por semana en pacientes con depresión.

Justificación de la recomendación: considerando que en adultos con depresión el impacto del aumento de sesiones por semana parece tener un efecto grande y ningún daño y, dada la posibilidad de que este efecto permita dar altas clínicas y con ello liberar agenda de profesionales, el panel consideró que los beneficios de la intervención superarían a los potenciales costos.

Esta recomendación es condicional debido a que:

Es posible que los recursos necesarios para la atención con mayor frecuencia incorporen un aumento de psicoterapeutas atendiendo al mismo tiempo, lo que implica cambios en infraestructura. Estos costos altos se evaluaron como obstáculos importantes para la implementación de la recomendación. El panel de expertos estimó que la mayoría de los pacientes estarían a favor de realizar sesiones más frecuentes en miras a la continuidad terapéutica.

Consideraciones de implementación:

Esta recomendación considera que la mayoría de los pacientes, adecuadamente informados respecto de los beneficios y los riesgos de la psicoterapia con frecuencia semanal, la preferirían. Sin embargo, las dificultades en el análisis de lista de espera para psicoterapia, así como la carencia de información respecto de la frecuencia actual en la cual los pacientes reciben tratamiento psicoterapéutico por depresión, en los distintos servicios de salud del país, hace necesario considerar las particularidades de cada paciente en la implementación de la recomendación.

5.2 Cantidad de sesiones de psicoterapia

Recomendación: **En personas con depresión grave, mayores de 18 años, el Ministerio de Salud SUGIERE NO REALIZAR más de 12 sesiones de psicoterapia**⁹

(Recomendación condicional, en contra, certeza de la evidencia moderada).

Comentario: Esta recomendación no aplica para personas con depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad.

Beneficios de la intervención: a partir de las 12 sesiones, cada sesión extra de psicoterapia reduciría en 0,038 puntos el puntaje obtenido en escalas estandarizadas de evaluación de síntomas depresivos, controlando por tiempo de contacto con el terapeuta, duración en semanas y corriente de psicoterapia (Análisis de meta regresión: pendiente 0,038; IC 95% 0,019 - 0,056; $p < 0,001$).

Daños de la intervención: la evidencia no indica posibles daños asociados a aumentar la cantidad de sesiones de psicoterapia a más de 12 en pacientes con depresión grave.

Justificación de la recomendación: considerando que en adultos con depresión grave el aumento de la cantidad sesiones de psicoterapia parece tener un efecto pequeño y potenciales costos elevados, el panel consideró que los costos de la intervención superarían a los potenciales beneficios.

Esta recomendación es condicional debido a que:

El panel aportó datos relativos a promedio de sesiones a los que los pacientes asisten en el sistema privado y público, sin superar las 8 sesiones. Además, es posible que los recursos necesarios para una mayor cantidad de sesiones incorporen un aumento de psicoterapeutas, lo que implica cambios en infraestructura. Estos costos altos se evaluaron como obstáculos importantes en la implementación de la recomendación. El panel de expertos consideró que, dado que los y las pacientes asisten a un número de sesiones inferior a 8, es poco probable que la mayoría esté a favor de un número de sesiones de psicoterapia mayor a 8.

Consideraciones de implementación:

Esta recomendación considera que la mayoría de los pacientes adecuadamente informados respecto de los beneficios y los costos de recibir más de 12 sesiones de psicoterapia elegirían recibir 12 sesiones o menos. Las dificultades en el análisis de lista de espera para psicoterapia, así como la carencia de información respecto de la actual cantidad de sesiones a los que los pacientes con depresión asisten en los distintos servicios de salud del país, hace necesario considerar las particularidades de cada paciente en la implementación de la recomendación.

El panel también discutió respecto de una eventual decisión entre priorizar aumentar el número de sesiones por sobre 12 ó su frecuencia, siendo probablemente más efectivo priorizar frecuencia, en un escenario de recursos limitados.

⁹ Esta recomendación no aplica para personas con depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad.

5.3 Corriente psicoterapéutica

a) Terapia Cognitivo-conductual (TCC) versus otras corrientes psicoterapéuticas.

Recomendación Terapia Cognitivo Conductual: En personas con depresión moderada o grave, mayores de 18 años, el Ministerio de Salud SUGIERE NO PRIORIZAR la terapia cognitivo-conductual por sobre las demás corrientes psicoterapéuticas.

(Recomendación condicional, en contra, certeza de la evidencia moderada)

Beneficios de la intervención: Los pacientes tratados con terapia cognitivo conductual no presentaron mayor probabilidad de remisión sintomática, respecto de los pacientes tratados con psicoterapias psicodinámicas, interpersonal y terapia de apoyo (OR 1,02 [IC 95% 0,80, 1,31])^{10,11}.

Daños de la intervención: el riesgo relativo de abandonos¹² fue significativamente mayor en las personas tratadas con psicoterapia cognitivo conductual en comparación con psicoterapia No directiva de apoyo, de activación conductual, psicodinámica, de resolución de problemas, interpersonal y de habilidades sociales (RR 1,17 (IC 95% 1,02 a 1,35).

Justificación de la recomendación: considerando que la psicoterapia cognitivo-conductual no evidencia mejores resultados que las demás corrientes psicoterapéuticas agrupadas, que los pacientes que recibieron TCC tuvieron un riesgo relativo de abandono mayor que los tratados con el resto de las corrientes, y los costos elevados derivados de formar psicoterapeutas en TCC, el panel consideró que los costos de la intervención superarían a los potenciales beneficios. El panel de expertos consideró que la mayor parte de los pacientes no tiene preferencias previas definidas por un modelo u otro de psicoterapia.

Esta recomendación es condicional debido a que:

La TCC mostró ser efectiva en subgrupos específicos, además es más efectiva que placebo o que ninguna intervención y tiene vasta evidencia en complementación a tratamiento farmacológico para personas con depresión moderada y grave. La evidencia utilizada se centra en personas con depresión crónica y distimia que puede no ser homologable a la población de interés.

Consideraciones de implementación:

Esta recomendación considera que la mayoría de los pacientes adecuadamente informados, respecto de los beneficios y los riesgos de recibir TCC u otra corriente de psicoterapia, podrían privilegiar cualquiera de ellas. La baja cantidad de centros formadores de psicoterapeutas cognitivo-conductuales, así como la escasa disponibilidad de éstos en el territorio nacional, hace

¹⁰ En el análisis global. Para subanálisis por grupos específicos, la TCC mostró una efectividad mayor que las demás corrientes. Sin embargo la pregunta buscaba comparar TCC en población mayor de 18 años sin subgrupos, por lo que este análisis se omitió en la elaboración de la recomendación.

¹¹ La terapia de apoyo mostró una efectividad significativamente menor. Sin embargo la pregunta buscaba comparar TCC con las demás intervenciones de manera agrupada, por lo que este análisis se omitió en la elaboración de la recomendación.

¹² El panel acordó tratar a los abandonos como riesgos, teniendo en consideración de que es posible considerar al abandono como un proceso en el cual un paciente se da de alta porque se siente mejor.

difícil promover la incorporación masiva de TCC en el tratamiento de la depresión en personas con cuadros moderados o graves mayores de 18 años.

b) Terapia Interpersonal (TIP) versus otras psicoterapias.

Recomendación Terapia Interpersonal (TIP): En personas con depresión moderada o grave, mayores de 18 años, el Ministerio de Salud SUGIERE NO PRIORIZAR la terapia interpersonal por sobre las demás corrientes psicoterapéuticas.

(Recomendación condicional, en contra, certeza de la evidencia moderada)

Beneficios de la intervención: Al comparar efecto medio de la terapia interpersonal con psicoterapias cognitivo conductuales, de activación conductual, psicodinámica y terapias de apoyo agrupado, la TIP no mostró diferencias significativas en magnitud de efecto (Tamaño del efecto medio 0,04 IC 95% -0,14 a 0,21 y un número necesario a tratar de 45,45).

Daños de la intervención: las personas que recibieron tratamiento con TIP comparadas con las que recibieron psicoterapias cognitivo conductuales, de activación conductual, psicodinámica y terapias de apoyo, tuvieron un riesgo menor y significativo de abandonos de tratamiento (Completar el tratamiento con TIP: OR 1,65 IC 95% 1,13 a 2,43 $p < 0,01$).

Justificación de la recomendación: considerando que la TIP no evidencia mejores resultados que las demás corrientes psicoterapéuticas agrupadas, la inexistencia de centros formadores de psicoterapeutas interpersonales en Chile, la escasez de estudios que busquen validar la TIP para población chilena y los costos elevados derivados de formar psicoterapeutas en TIP, el panel consideró que los costos de la intervención superarían a los potenciales beneficios. El panel de expertos consideró que la mayor parte de los pacientes no tiene preferencias previas definidas por un modelo u otro de psicoterapia.

Esta recomendación es condicional debido a que:

Las personas tratadas con TIP tienen menor riesgo de abandonar el tratamiento, lo que invita a considerar la posibilidad de formar psicoterapeutas en esta línea para el tratamiento de depresión.

Consideraciones de implementación:

Esta recomendación considera que la mayoría de los pacientes, adecuadamente informados respecto de los beneficios y los riesgos de recibir TIP u otra corriente de psicoterapia, podrían privilegiar cualquiera de ellas. La baja cantidad de centros formadores de psicoterapeutas interpersonales, así como la escasa disponibilidad de éstos en el territorio nacional, hace difícil promover la incorporación masiva de TIP en el tratamiento de la depresión en personas con cuadros moderados o graves mayores de 18 años.

6. TABLAS RESUMEN DE LA EVIDENCIA

6.1. Frecuencia de sesiones de psicoterapia

Sesiones de psicoterapia con frecuencia semanal comparado con sesiones de psicoterapia frecuencia irregular, para personas con depresión mayores de 18 años.						
Población: personas con depresión, mayores de 18 años.						
Intervención: psicoterapia frecuencia semanal.						
Comparación: psicoterapia frecuencia irregular.						
Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (95% CI)	Efectos absolutos anticipados (95% CI)			Certeza en la evidencia	Qué pasa
		Sin psicoterapia frecuencia semanal	Con psicoterapia frecuencia semanal	Diferencia		
Remisión Sintomática (Remisión) evaluado con: Escalas estandarizadas de síntomas depresivos Nº de participantes: 4364 (58 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	Al medir el impacto de la psicoterapia en la disminución de los puntajes de las escalas estandarizadas, la cantidad de sesiones por semana muestra un impacto significativo en la disminución sintomática, según análisis de meta regresión (pendiente 0,45 IC 95% 0,25 a 0,64 $p < 0,001$), controlando por número de sesiones, tiempo de contacto con el terapeuta, duración en semanas y corriente de psicoterapia. Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 149(1-3), 1-13.				⊕⊕⊕○ MODERADO ^{a,b}	La mayor frecuencia de sesiones por semana contribuye significativamente a la reducción de los puntajes en escalas estandarizadas de síntomas depresivos.
Funcionamiento Global (FG) evaluado con: Escalas estandarizadas de funcionalidad Nº de participantes : (0 Estudios).	No se encontró evidencia que evaluara este desenlace para la frecuencia de la psicoterapia en personas con depresión, mayores de 18 años.				-	

Explicaciones:

a. Existe heterogeneidad significativa entre los estudios utilizados para evaluar el efecto de la frecuencia de sesiones (53 a 64%; $p < 0,05$).

b. Los autores encuentran alta evidencia de sesgo de publicación. El tamaño global del efecto de la psicoterapia se reduce al ajustar por sesgo de publicación de 0,59 a 0,4 (IC 95% 0,3-0,5; cantidad de estudios imputados: 28). No analizan el impacto del sesgo de publicación sobre la frecuencia de las sesiones.

6.2 Cantidad de sesiones de psicoterapia

Más de 12 sesiones de psicoterapia comparado con 12 sesiones o menos, para pacientes mayores de 18 años con depresión grave.

Paciente o población: pacientes mayores de 18 años con depresión grave.

Intervención: más de 12 sesiones de psicoterapia.

Comparación: menos de 12 sesiones de psicoterapia.

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (95% CI)	Efectos absolutos anticipados (95% CI)			Certeza en la evidencia	Qué pasa
		Sin psicoterapia de más de 12 sesiones	Con psicoterapia de más de 12 sesiones	Diferencia		
Remisión sintomática (Remisión) evaluado con: Escalas estructuradas de síntomas depresivos Nº de participantes: (16 Ensayos controlados aleatorios [ECAs])	Mediante análisis de metaregresión se encontró que cada sesión extra aumentó el tamaño del efecto en 0,038 puntos (IC 95% 0,019 a 0,056; p<0,001). Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. <i>Clinical Psychology Review</i> , 30(1), 51-62.				⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Cada sesión extra a partir de las 13, reduciría 0,038 puntos de escalas estandarizadas de síntomas depresivos.
Funcionamiento Global (FG) evaluado con: Escalas estandarizadas de funcionamiento global Nº de participantes : (0 Estudios)	No se encontró evidencia que evaluara este desenlace para la cantidad de sesiones de psicoterapia en personas con depresión moderada o grave, mayores de 18 años.				-	

Explicaciones:

a. Alta heterogeneidad entre estudios I2 76.13.

6.3 Corriente psicoterapéutica

a) Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Psicoterapia cognitivo conductual comparado con otras psicoterapias, para la adultos con depresión grave						
Paciente o población: adultos con depresión grave.						
Intervención: Terapia cognitivo conductual.						
Comparación: otras psicoterapias.						
Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (95% CI)	Efectos absolutos anticipados (95% CI)			Certeza en la Evidencia	Qué pasa
		Sin Terapia cognitivo conductual	Con Terapia cognitivo conductual	Diferencia		
Recuperación evaluado con: Escala estandarizadas de síntomas depresivos Nº de participantes: (0 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	No se encontró evidencia que evaluara este desenlace para la corriente de psicoterapia en personas con depresión grave, mayores de 18 años.					
Remisión Sintomática (Remisión) evaluado con: Escala estandarizadas de síntomas depresivos Nº de participantes: (53 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	Los pacientes tratados con terapia cognitivo conductual no presentaron mayor probabilidad de remisión sintomática, respecto de los pacientes tratados con psicoterapias psicodinámicas, interpersonal y terapia de apoyo (OR 1,02 [IC 95% 0,80a 1,31]). Braun, S. R., Gregor, B., & Tran, U. S. (2013). Comparing Bona Fide Psychotherapies of Depression in Adults with Two Meta-Analytical Approaches. PLOS ONE, 8(6).				⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Las personas mayores de 18 años que recibieron psicoterapia tuvieron mejorías similares con TCC o con otras corrientes agrupadas.

Psicoterapia cognitivo conductual comparado con otras psicoterapias,
para la adultos con depresión grave

Paciente o población: adultos con depresión grave.

Intervención: Terapia cognitivo conductual.

Comparación: otras psicoterapias.

Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (95% CI)	Efectos absolutos anticipados (95% CI)			Certeza en la Evidencia	Qué pasa
		Sin Terapia cognitivo conductual	Con Terapia cognitivo conductual	Diferencia		
Abandonos (Abandonos) evaluado con : Dejar de asistir Nº de participantes : (28 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	El riesgo relativo de abandono fue significativamente mayor en las personas tratadas con psicoterapia cognitivo conductual en comparación con psicoterapia No directiva de apoyo, de activación conductual, psicodinámica, de resolución de problemas, interpersonal y de habilidades sociales. Riesgo relativo de abandono 1,17 (IC 95% 1,02 a 1,35). Cuijpers, P. et al. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76(6), 909-922.				⊕⊕⊕○ MODERADO ^b	Las personas tratadas con terapia cognitivo conductual tuvieron un 17% más de riesgo de abandonar la psicoterapia que las tratadas con las demás corrientes.

Explicaciones:

a. Se presume evidencia indirecta porque la información no es específica de adultos.

b. El artículo es de 2008, por lo que es posible que omita información nueva relevante.

b) Terapia Interpersonal (TIP)

Terapia interpersonal comparado con otras corrientes psicoterapéuticas en pacientes adultos con depresión grave						
Paciente o población: pacientes adultos con depresión grave.						
Intervención: Terapia interpersonal.						
Comparación: otras corrientes psicoterapéuticas.						
Resultado Nº de participantes (Estudios)	Efecto relativo (95% CI)	Efectos absolutos anticipados (95% CI)			Certeza en la Evidencia	Qué pasa
		Sin Terapia interpersonal	Con Terapia interpersonal	Diferencia		
Recuperación evaluado con : Escalas estandarizadas de síntomas depresivos Nº de participantes : (0 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	No se encontró evidencia que evaluara este desenlace para la corriente de psicoterapia en personas con depresión grave, mayores de 18 años.					
Remisión Sintomática (Remisión) evaluado con : Escalas estandarizadas de síntomas depresivos Nº de participantes : (10 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	No se encontró evidencia de diferencias en los resultados de tratar con TIP u otras psicoterapias agrupadas. El tamaño del efecto medio de 0,04 (IC 95% -0,14 a 0,21) y un número necesario a tratar de 45,45. Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. The American Journal of Psychiatry, 168(6), 581-592.				⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Las personas mayores de 18 años que recibieron psicoterapia tuvieron mejorías similares con TIP o con otras corrientes agrupadas.
Abandono (Abandono) evaluado con : Dejar de asistir Nº de participantes : (53 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	Las personas que recibieron tratamiento TIP, comparadas con las que recibieron TCC, terapia de activación conductual, psicodinámica, de apoyo u otras psicoterapias, tuvieron un riesgo mayor de completar el tratamiento (OR 1,65 IC 95% 1,13 a 2,43 p<0,01) Braun, S. R., Gregor, B., & Tran, U. S. (2013). Comparing Bona Fide Psychotherapies of Depression in Adults with Two Meta-Analytical Approaches. PLOS ONE, 8(6).				⊕⊕⊕○ MODERADO ^b	Las personas que recibieron terapia interpersonal tuvieron la probabilidad más baja de abandonar el tratamiento entre las psicoterapias evaluadas.

Explicaciones

a. El riesgo de sesgo puede ser elevado ya que no está suficientemente detallada en el artículo.

b. Se presume evidencia indirecta porque no la información no es específica de adultos.

7. TABLAS DE LA EVIDENCIA A LA RECOMENDACIÓN

Pregunta: ¿Es mejor la psicoterapia con frecuencia semanal que la psicoterapia con frecuencia irregular para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión?

1. Certeza de la Evidencia				
Beneficios				
Muy Baja	Baja	Moderada	Alta	
2. Balance de riesgos y beneficios				
¿Son los beneficios de magnitud importante?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los potenciales daños de pequeña magnitud?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los beneficios grandes en relación a los potenciales daños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
3. Valores v Preferencias				
¿Cuáles son los valores y preferencias de los potenciales usuarios?				
Hay certeza que la mayoría rechazaría la intervención	La mayoría podría rechazar la intervención	Los valores y preferencias son inciertos y es difícil estimarlos	La mayoría podría aceptar la intervención	Hay certeza que la mayoría aceptaría la intervención
4. Uso de Recursos				
¿Son los recursos involucrados pequeños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Es el costo pequeño en relación al beneficio neto?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
5. Otras consideraciones				
¿Es la opción aceptable para los actores clave?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿La opción es factible de implementar?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
Señale el balance entre las consecuencias favorables (beneficios) y las consecuencias desfavorables (riesgos y costos).				
Las consecuencias desfavorables claramente superan a las consecuencias favorables en todos o casi todos los casos	Las consecuencias desfavorables posiblemente superan a las consecuencias favorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables posiblemente superan a las consecuencias desfavorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables claramente superan a las consecuencias desfavorables en todos o casi todos los casos	
RECOMENDACIÓN				
<i>(Recomendación <u>CONDICIONAL</u> ___; Certeza en la evidencia <u>MODERADA</u> ___)</i>				
Comentarios:				

Pregunta: ¿Es mejor la psicoterapia de más de 12 sesiones que la psicoterapia de menos de 12 sesiones para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión grave?

1. Certeza de la Evidencia				
Beneficios				
Muy Baja	Baja	Moderada	Alta	
2. Balance de riesgos y beneficios				
¿Son los beneficios de magnitud importante?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los potenciales daños de pequeña magnitud?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los beneficios grandes en relación a los potenciales daños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
3. Valores v Preferencias				
¿Cuáles son los valores y preferencias de los potenciales usuarios?				
Hay certeza que la mayoría rechazaría la intervención	La mayoría podría rechazar la intervención	Los valores y preferencias son inciertos y es difícil estimarlos	La mayoría podría aceptar la intervención	Hay certeza que la mayoría aceptaría la intervención
4. Uso de Recursos				
¿Son los recursos involucrados pequeños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Es el costo pequeño en relación al beneficio neto?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
5. Otras consideraciones				
¿Es la opción aceptable para los actores clave?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿La opción es factible de implementar?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
Señale el balance entre las consecuencias favorables (beneficios) y las consecuencias desfavorables (riesgos y costos).				
Las consecuencias desfavorables claramente superan a las consecuencias favorables en todos o casi todos los casos	Las consecuencias desfavorables posiblemente superan a las consecuencias favorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables posiblemente superan a las consecuencias desfavorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables claramente superan a las consecuencias desfavorables en todos o casi todos los casos	
RECOMENDACIÓN				
(Recomendación <u>CONDICIONAL</u> ; Certeza en la evidencia <u>MODERADA</u>)				
Comentarios:				

Pregunta: ¿Es mejor la psicoterapia cognitivo-conductual (16-20 sesiones, durante periodo de 3-4 meses) que otras formas de psicoterapia para lograr la recuperación, remisión y disminuir los abandonos en pacientes con episodios depresivos moderados o severos mayores de 18 años?

1. Certeza de la Evidencia				
Beneficios				
Muy Baja	Baja	Moderada		
2. Balance de riesgos y beneficios				
¿Son los beneficios de magnitud importante?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los potenciales daños de pequeña magnitud?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los beneficios grandes en relación a los potenciales daños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
3. Valores v Preferencias				
¿Cuáles son los valores y preferencias de los potenciales usuarios?				
Hay certeza que la mayoría rechazaría la intervención	La mayoría podría rechazar la intervención	Los valores y preferencias son inciertos y es difícil estimarlos	La mayoría podría aceptar la intervención	Hay certeza que la mayoría aceptaría la intervención
4. Uso de Recursos				
¿Son los recursos involucrados pequeños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Es el costo pequeño en relación al beneficio neto?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
5. Otras consideraciones				
¿Es la opción aceptable para los actores clave?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿La opción es factible de implementar?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
Señale el balance entre las consecuencias favorables (beneficios) y las consecuencias desfavorables (riesgos y costos).				
Las consecuencias desfavorables claramente superan a las consecuencias favorables en todos o casi todos los casos	Las consecuencias desfavorables posiblemente superan a las consecuencias favorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables posiblemente superan a las consecuencias desfavorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables claramente superan a las consecuencias desfavorables en todos o casi todos los casos	
RECOMENDACIÓN				
(Recomendación <u>CONDICIONAL</u> ___; Certeza en la evidencia ___ <u>MODERADA</u> ___)				
Comentarios:				

Pregunta: ¿Es mejor la Psicoterapia Interpersonal (16-20 sesiones, durante periodo de 3-4 meses) que otras formas de psicoterapia para lograr la recuperación, remisión y disminuir los abandonos en pacientes con episodios depresivos moderados o severos mayores de 18 años?

1. Certeza de la Evidencia				
Beneficios				
Muy Baja	Baja	Moderada	Alta	
2. Balance de riesgos y beneficios				
¿Son los beneficios de magnitud importante?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los potenciales daños de pequeña magnitud?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Son los beneficios grandes en relación a los potenciales daños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
3. Valores v Preferencias				
¿Cuáles son los valores y preferencias de los potenciales usuarios?				
Hay certeza que la mayoría rechazaría la intervención	La mayoría podría rechazar la intervención	Los valores y preferencias son inciertos y es difícil estimarlos	La mayoría podría aceptar la intervención	Hay certeza que la mayoría aceptaría la intervención
4. Uso de Recursos				
¿Son los recursos involucrados pequeños?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿Es el costo pequeño en relación al beneficio neto?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
5. Otras consideraciones				
¿Es la opción aceptable para los actores clave?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
¿La opción es factible de implementar?				
NO	Probablemente NO	Incierto	Probablemente SI	SI
Señale el balance entre las consecuencias favorables (beneficios) y las consecuencias desfavorables (riesgos y costos).				
Las consecuencias desfavorables claramente superan a las consecuencias favorables en todos o casi todos los casos	Las consecuencias desfavorables posiblemente superan a las consecuencias favorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables posiblemente superan a las consecuencias desfavorables en la mayoría de los casos	Las consecuencias favorables claramente superan a las consecuencias desfavorables en todos o casi todos los casos	
RECOMENDACIÓN				
(Recomendación <u>CONDICIONAL</u> ; Certeza en la evidencia <u>MODERADA</u>)				
Comentarios:				

8. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub.

Branney, P., & White, A. (2008). Big boys don't cry: depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment, 14*(4), 256-262. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003467>

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 909-922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>

Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev Hosp Clín Univ Chile, 19*(1), 339-46.

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Med, 10*(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>

Fondo Nacional de Salud FONASA, Superintendencia de Seguridad Social SUSESO, & Superintendencia de Salud. (2015). *Análisis de las licencias médicas de origen común autorizadas y del gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral a que dieron origen - 2015*. Recuperado a partir de <http://www.inmune.cl/analisis-de-las-licencias-medicas-de-origen-comun-autorizadas-y-del-gasto-en-subsidio-por-incapacidad-laboral-a-que-dieron-origen-2015/>

Kendler, K. S., Myers, J., & Zisook, S. (2008). Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *The American Journal of Psychiatry, 165*(11), 1449-1455. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111757>

Knapp, M., McCrone, P., Fombonne, E., Beecham, J., & Wostear, G. (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 180*, 19-23.

Mackin, R. S., & Areán, P. A. (2005). Evidence-based psychotherapeutic interventions for geriatric depression. *The Psychiatric clinics of North America, 28*(4), 805-820, vii-viii. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.09.009>

Mathers, C., Fat, D. M., & Boerma, J. T. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization. Recuperado a partir de <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=xrYYZ6Jcfv0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=%22and+Research+Cluster+of+WHO.+The+2004+update+of+the+Global+burden+of+disease+was%22+%22out+by+Colin+Mathers+and+Doris+Ma+Fat,+in+collaboration+with+other+WHO+staff,+WHO%22+&ots=t9Xw5k84uh&sig=66LiiWZXJhvZi3-3t8DWzrdEFhY>

MINSAL. (2007). *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Santiago: MINSAL.

MINSAL. (2011). *Informe Encuesta Nacional de Salud, ENS 2009-2011*. Santiago: MINSAL.

MINSAL, Dirección del Trabajo, & Instituto de Seguridad Laboral. (2011). *Informe Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010)*. Santiago.

Miranda, M. (2014, noviembre 17). Licencias laborales por salud mental suben y llegan al 48% de permisos en la AChs. Recuperado a partir de <http://www.latercera.com/noticia/licencias-laborales-por-salud-mental-suben-y-llegan-al-48-de-permisos-en-la-achs/>

O'Connor, D. W., & Parslow, R. A. (2009). Different responses to K-10 and CIDI suggest that complex structured psychiatric interviews underestimate rates of mental disorder in old people. *Psychological Medicine*, *39*(9), 1527-1531. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004728>

OMS. (2012). La depresión, *Nota descriptiva N° 369*. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10* (1.ª ed.). Madrid.

Superintendencia de Salud. (2014, junio). Análisis de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral en el Sistema Isapres. Recuperado a partir de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9961_recurso_1.pdf

Uher, R., Payne, J. L., Pavlova, B., & Perlis, R. H. (2014). Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depression and Anxiety*, *31*(6), 459-471. <https://doi.org/10.1002/da.22217>

Vicente P, B., Rioseco S, P., Saldivia B, S., Kohn, R., & Torres P, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista médica de Chile*, *130*(5), 527-536. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007>

Wang, Haidong et al. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, *388*(10053), 1459-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1)

AUTORES DEL DOCUMENTO

Coordinador de Documento

Natalia Dembowski Sandoval. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

Grupo Colaborador (Panel)

Nombre	Profesión	Institución	Conflicto de Interés
Christian Arévalo	Md. Psiquiatra	Colegio Médico de Chile	Ninguno
Evelyn Berríos	Psicóloga	Red GESAM	Ninguno
Ana Marina Briceño	Md. Psiquiatra	Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia	Fondos de investigación Clínica Alemana, 2013 y 2016
Verónica Ceballos	Md. Psiquiatra	Hospital Barros Luco	Financiamiento investigación Laboratorio Saval
Gloria Contreras	Matrona	Colegio de Matronas y Matrones de Chile	Ninguno
Carlos Cruz	Md. Psiquiatra	Sociedad Chilena de Salud Mental	Ninguno
Ivonne Espinoza	Enfermera	FONASA	Ninguno
Mauricio Gómez	Md. Psiquiatra	Departamento de Salud Mental, MINSAL	Ninguno
Elyna Gómez-Barris	Psicóloga	Dpto. Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile	Beca CONICYT, estudiante doctorado Chile
Alvaro Jeria	Md. Psiquiatra	Hospital Sótero del Río	Laboratorio FQP financia docencia a médicos de APS en temática de alcoholismo.
Niina Markkula	Médico	Departamento de Salud Mental, MINSAL	Ninguno
Paulina Massa	Md. Psiquiatra	Dpto. Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile	Ninguno
Verónica Monreal	Psicóloga	Sociedad Chilena de Psicología Comunitaria	Fondos CONICYT, consultorías DIPRES
Mireya Muñoz	Asistente Social	Colegio de Asistentes Sociales de Chile	Ninguno
Patricia Orellana	Psicóloga	Colegio de psicólogos de Chile	Ninguno
Melanie Paccot	Médico	Departamento de Enfermedades Crónicas, MINSAL	Ninguno

Aída Pardow	Psicóloga	Red GESAM	Ninguno
Susana Rodriguez	Escritora	Hospital Salvador	Ninguno
Lilian Salvo	Md. Psiquiatra PhD en Salud Mental	U. Católica de la Santísima Concepción Hospital Clínico Herminda Martin	Ninguno
Carlos Sciolla	Md. Psiquiatra	Sociedad Chilena de Salud Mental	Ninguno
Felipe Silva	Md. Psiquiatra	Dpto. Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile	Ninguno
Francisco Somarriva	Psicólogo	Colegio Psicólogos de Chile	Ninguno
Gonzalo Soto	Psicólogo	Salud Mental DIVAP MINSAL	Ninguno
Ana Valdés	Md. Psiquiatra	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Financiamiento asistencia a congreso por Laboratorio
Pablo Vera	Psicólogo	Sociedad Chilena Psicología clínica	Fondos FONDECYT, FONDEF, CORFO

Asesoría metodológica

Carolina Mendoza, Departamento de Salud Basada en la Evidencia y Garantías Sanitarias, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

Patricia Kraemer, Departamento de Salud Basada en la Evidencia y Garantías Sanitarias, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

9. ANEXOS

9.1. Informe selección de preguntas para actualización guía clínica tratamiento de la depresión en mayores de 15 años.

Proceso de votación

El enlace para votación se envió a 116 personas e instituciones. La encuesta estuvo disponible entre los días 23 de junio y 4 de julio. Se envió un recordatorio el día 30 de junio a todos los convocados a participar del proceso. Se recibieron 12 respuestas.

Análisis

Se traspasaron las respuestas a una hoja de cálculo en Excel.

Se calculó el promedio simple de los valores asignados por los participantes a cada ítem de evaluación. Luego se promediaron estos valores. Con ello se definió el promedio simple del puntaje asignado a la pregunta.

Dado que el último ítem de evaluación de cada pregunta indagaba sobre la contribución global de la pregunta al conocimiento clínico, el promedio simple de los puntajes asignados a ese ítem se registró en una columna especial para analizar la correlación entre el promedio de los ítems de evaluación de cada pregunta con el promedio de las evaluaciones asignadas a ese ítem en específico.

Resultados

Promedio de ítems de evaluación de preguntas.

La pregunta con la peor calificación alcanzó un puntaje promedio de 3,31 y la mejor evaluada 7,23.

Promedio ítem "En términos generales la pregunta aporta nuevo conocimiento".

La pregunta con la peor calificación alcanzó un puntaje promedio de 4,55 y la mejor evaluada 7,7.

El resultado del análisis de correlación de los puntajes asignados por los participantes en todos los ítems y en el ítem "En términos generales la pregunta aporta nuevo conocimiento" fue de 0,79.

La siguiente tabla presenta los resultados de las votaciones, ordenados de mayor puntaje a menor puntaje, siendo la primera categoría de orden el puntaje obtenido en el promedio de todos los ítems:

Nº	Pregunta Propuesta	Ítem Aporta conocimiento	Todos los ítems
31	¿Es mejor la psicoterapia con frecuencia semanal que la psicoterapia con frecuencia irregular, para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión?	7,67	7,22

32	¿Es mejor la psicoterapia de más de 12 sesiones que la psicoterapia de menos de 12 sesiones, para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión grave?	7,70	7,09
23	¿Es mejor la psicoterapia cognitivo-conductual o la Psicoterapia Interpersonal (16-20 sesiones, durante periodo de 3-4 meses) que otras formas de psicoterapia, para lograr la recuperación, remisión y disminuir los abandonos en pacientes con episodios depresivos moderados o severos mayores de 18 años?	7,27	6,60
16	¿Es mejor la intervención por psicólogo y/o trabajador social con foco en apoyo social o las actividades psicoeducativas en personas con depresión moderado o grave con déficit en apoyo social para lograr la remisión a las 8 semanas, 6 y 12 meses, disminuir el número de eventos estresantes, funcionamiento global y la calidad de vida?	7,18	6,60
29	¿Es mejor un protocolo de alarma de seguimiento que el tratamiento habitual para disminuir la suicidalidad en pacientes mayores de 18 años con depresión con riesgo suicida?	6,56	6,44
11	¿Es mejor utilizar otro fármaco inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) u otra clase de fármaco antidepressivo en personas con depresión con respuesta insuficiente a un primer antidepressivo ISRS, para lograr remisión sintomática las 8 semanas, a los 6 meses y 12 meses; mejora en el funcionamiento global y aumento de la calidad de vida?	7,00	6,34
10	¿Es mejor la terapia electroconvulsiva modificada que la farmacoterapia de segunda línea, para lograr la remisión sintomática y mejorar la calidad de vida en personas con depresión resistente mayores de 18 años?	7,50	6,25
12	¿Es mejor el cambio de antidepressivo o la combinación de fármacos antidepressivos en personas con depresión resistente para lograr remisión sintomática las 8 semanas, a los 6 meses y 12 meses, mejora en el funcionamiento global y aumento de la calidad de vida?	7,11	6,22
22	¿Es mejor el uso de antidepressivos ISRS, en rango de dosis terapéutica habitual o el ejercicio físico aeróbico 3 veces por semana, para lograr la recuperación, remisión y disminuir la frecuencia e intensidad de los efectos adversos en pacientes con depresión leve mayores de 18 años?	6,89	6,13
33	¿Es mejor la combinación de psicoterapia y grupos de autoayuda que la psicoterapia o los grupos de autoayuda por sí solos, para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión?	6,33	6,05

15	¿Es mejor el tratamiento en atención primaria o en especialidad ambulatoria de personas con depresión moderado o grave con síntomas melancólicos, para disminuir la duración del episodio, lograr la remisión a las 8 semanas, 6 y 12 meses, aumentar el funcionamiento global y la calidad de vida?	7,00	6,03
5	¿Es mejor la hospitalización psiquiátrica que tratamiento ambulatorio de especialidad para lograr la remisión sintomática, mejorar el funcionamiento global, aumentar la adherencia al tratamiento y mejorar la satisfacción usuaria en personas mayores de 18 años con depresión con psicosis o riesgo suicida?	6,44	5,98
24	¿Es mejor la hospitalización psiquiátrica menor o igual a 15 días que hospitalizaciones prolongadas, para lograr la remisión, mejorar el funcionamiento global y aumentar la adherencia a tratamiento en pacientes con depresión con indicadores de gravedad mayores de 18 años?	6,50	5,80
30	¿Es mejor un programa psicosocial estructurado individual y familiar que el tratamiento habitual, para mejorar la calidad de vida y el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión con funcionalidad limitada?	6,22	5,78
28	¿Es mejor un programa estructurado de localización de paciente que el tratamiento habitual o ninguna intervención, para aumentar la adherencia y disminuir recaídas en pacientes mayores de 18 años con depresión que abandonen tratamiento?	6,50	5,77
35	¿Es mejor la evaluación del concepto de enfermedad y de cambio del paciente para indicar intervención psicosocial, que el diagnóstico de severidad para indicar intervención psicosocial para aumentar la adherencia a tratamiento en pacientes mayores de 18 años con depresión?	6,67	5,74
2	¿Es mejor la intervención en crisis (en settings hospitalarios o de tipo psicosocial), que el tratamiento habitual, para lograr disminuir la ideación suicida y la mortalidad por suicidio en personas mayores de 15 años con depresión?	5,55	5,71
20	¿Es mejor la participación regular en un grupo de autoayuda o ninguna intervención, para la prevención de las recaídas y el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con depresión? Aporta nuevo conocimiento relevante a la práctica clínica.	6,55	5,71
1	¿Es mejor la psicoterapia que la lista de espera, para lograr remisión sintomática o mayor capacidad funcional en personas mayores de 15 años con depresión?	4,83	5,70

17	¿Es mejor la intervención por psicólogo y/o trabajador social con foco en eventos estresantes o las actividades psicoeducativas en personas con depresión moderado o grave con eventos estresantes, para lograr la remisión a las 8 semanas, 6 y 12 meses, disminuir el número de eventos estresantes y aumentar la calidad de vida?	6,00	5,70
21	¿Es mejor la realización de electrocardiograma y electrolitos plasmáticos o los exámenes según criterio clínico, para la prevención de hiponatremia y arritmias vinculadas a fármacos antidepresivos y de muerte súbita en pacientes con depresión moderada o severa mayores de 18 años?	6,75	5,63
34	¿Es mejor la preterapia-apresto (psicoeducación sobre el trabajo terapéutico), que el tratamiento habitual, para aumentar la adherencia a tratamiento en pacientes mayores de 18 años con depresión y antecedentes de baja adherencia?	6,00	5,59
18	¿Es mejor la intervención por terapeuta ocupacional o las actividades psicoeducativas sin terapeuta ocupacional en personas con depresión grave, para disminuir el tiempo sin trabajar o estudiar, lograr la remisión a las 8 semanas, 6 y 12 meses, aumentar el apoyo social percibido, funcionamiento global y la calidad de vida?	6,11	5,57
3	¿Es mejor la hospitalización diurna que el tratamiento habitual, para lograr disminuir la ideación suicida, la mortalidad por suicidio, aumentar la remisión sintomática y la participación en educación y/o trabajo en personas entre 15 y 19 años con depresión?	5,64	5,56
25	¿Es mejor Intervención combinada (fármacos más psicoterapia) que la psicoterapia, para aumentar la calidad de vida, la satisfacción usuaria, lograr la remisión y disminuir recaídas en pacientes mayores de 18 años con episodio depresivo?	5,36	5,52
8	¿Es mejor la atención por médico general con frecuencia quincenal que la atención por equipo psicosocial con frecuencia semanal, para lograr la remisión sintomática y mejorar la calidad de vida en personas con depresión mayores de 60 años?	6,10	5,43
26	¿Es mejor la rehabilitación funcional que el tratamiento habitual, para aumentar la calidad de vida, la satisfacción usuaria, lograr la remisión, disminuir recaídas y aumentar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con episodio depresivo?	6,00	5,11
27	¿Es mejor el aseguramiento de la continuidad de los cuidados que el tratamiento habitual, para aumentar la calidad de vida, la satisfacción usuaria, lograr la remisión y disminuir recaídas en pacientes mayores de 18 años con episodio depresivo?	5,75	4,94

19	¿Es mejor la melatonina o el clonazepam o tratamiento habitual en personas con depresión, mayores de 15 años, para disminuir el insomnio?	5,64	4,82
14	¿Es mejor la ketamina o el litio en personas con depresión con suicidalidad que no responde a tratamiento con antidepresivos, para lograr remisión de la suicidalidad inmediata, a los 7 días, a los 30 días?	6,44	4,78
6	¿Es mejor el reposo médico que el tratamiento con antidepresivos para lograr la remisión sintomática y mejorar la calidad de vida en personas con depresión laboralmente activas?	6,00	4,76
4	¿Es mejor el tratamiento con ácido graso omega 3 DHA que tratamiento habitual, para lograr la remisión sintomática y mejora del funcionamiento global de personas entre 15 y 19 años con depresión atípica?	5,67	4,50
9	¿Es mejor la terapia complementaria con frecuencia semanal que tratamiento con fármacos antidepresivos por 6 meses, para lograr la remisión sintomática y mejorar la calidad de vida en personas con depresión, mayores de 15 años?	5,50	4,32
7	¿Es mejor la terapia complementaria que el tratamiento con antidepresivos, para lograr la remisión sintomática y mejorar la calidad de vida en personas mayores de 15 años con depresión?	4,55	4,21
13	¿Es mejor el tratamiento con estimulación magnética transcraneal o con fármacos antidepresivos en personas con depresión grave, para lograr remisión sintomática las 8 semanas, a los 6 meses y 12 meses, mejora en el funcionamiento global y aumento de la calidad de vida?	5,13	3,31

Conclusión

Dado que no se logró 3 preguntas con puntaje promedio mayor o igual a 7, entre todos los ítems y el alto grado de correlación entre las dos evaluaciones presentadas, se optó por seleccionar las 3 preguntas con mayor puntaje promedio (como primer requisito) e incorporar el requisito de que en la evaluación global del aporte de la pregunta, tuvieran un promedio de 7 ó más puntos.

Así, las preguntas seleccionadas por el panel para la actualización de la guía clínica son:

Nº	Pregunta Propuesta	Ítem Aporta conocimiento	Todos los ítems
31	¿Es mejor la psicoterapia con frecuencia semanal que la psicoterapia con frecuencia irregular, para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión?	7,67	7,22
32	¿Es mejor la psicoterapia de más de 12 sesiones que la psicoterapia de menos de 12 sesiones, para lograr la remisión sintomática y mejorar el funcionamiento global en pacientes mayores de 18 años con depresión grave?	7,70	7,09
23	¿Es mejor la psicoterapia cognitivo-conductual o la Psicoterapia Interpersonal (16-20 sesiones, durante periodo de 3-4 meses) que otras formas de psicoterapia, para lograr la recuperación, remisión y disminuir los abandonos en pacientes con episodios depresivos moderados o severos, mayores de 18 años?	7,27	6,60

9.2 Artículos eliminados por resumen o evaluación de calidad inaceptable

Pregunta 1.

- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97-108. <http://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347>
- Ben Mullings. (s. f.). Dose- Response studies in psychotherapy. Recuperado a partir de <http://drben.com.au/docs/evidence.pdf>
- Braun, S. R., Gregor, B., & Tran, U. S. (2013). Comparing Bona Fide Psychotherapies of Depression in Adults with Two Meta-Analytical Approaches. *PLOS ONE*, 8(6), e68135. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0068135>
- Bruijniks, S. J. E., Bosmans, J., Peeters, F. P. M. L., Hollon, S. D., van Oppen, P., van den Boogaard, M., ... Huibers, M. J. H. (2015). Frequency and change mechanisms of psychotherapy among depressed patients: study protocol for a multicenter randomized trial comparing twice-weekly versus once-weekly sessions of CBT and IPT. *BMC Psychiatry*, 15, 137. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0532-8>

- Casacalenda, N., Perry, J. C., & Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1354-1360. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1354>
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118-126. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- Cuijpers, P., Reynolds, C. F., Donker, T., Li, J., Andersson, G., & Beekman, A. (2012). Personalized treatment of adult depression: medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depression and Anxiety*, 29(10), 855-864. <http://doi.org/10.1002/da.21985>
- Cuijpers, P., Turner, E. H., Mohr, D. C., Hofmann, S. G., Andersson, G., Berking, M., & Coyne, J. (2014). Comparison of psychotherapies for adult depression to pill placebo control groups: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(4), 685-695. <http://doi.org/10.1017/S0033291713000457>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51-62. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.003>
- de Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., & de Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(1), 1-8. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.008>
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25-36. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
- Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., & M, J. (2010). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 668-680. <http://doi.org/10.1037/a0020570>
- Erekson, D. M., Lambert, M. J., & Eggett, D. L. (2015). The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1097-1107. <http://doi.org/10.1037/a0039774>
- Guidi, J., Tomba, E., & Fava, G. A. (2015). The Sequential Integration of Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of the Sequential Model and a Critical Review of the Literature. *American Journal of Psychiatry*, 173(2), 128-137. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15040476>

- Hans, E., & Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: a meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 75–88. <http://doi.org/10.1037/a0031080>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The Psychotherapy Dose–Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329–343. <http://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Simonsen, S., Simonsen, E., & Gluud, C. (2012). Effects of cognitive therapy versus interpersonal psychotherapy in patients with major depressive disorder: a systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Psychological Medicine*, 42(7), 1343–1357. <http://doi.org/10.1017/S0033291711002236>
- John Hunsley. (2013, septiembre). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments. Recuperado a partir de http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/TheEfficacyAndEffectivenessOfPsychologicalTreatments_web.pdf
- Kennedy, N., Foy, K., Sherazi, R., McDonough, M., & McKeon, P. (2007). Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disorders*, 9(1–2), 25–37. <http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00326.x>
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 331–340. <http://doi.org/10.1002/gps.2546>
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551–1565. <http://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Osenbach, J. E., O'Brien, K. M., Mishkind, M., & Smolenski, D. J. (2013). Synchronous telehealth technologies in psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 30(11), 1058–1067. <http://doi.org/10.1002/da.22165>
- Renner, F., Cuijpers, P., & Huibers, M. J. H. (2014). The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(14), 2913–2926. <http://doi.org/10.1017/S0033291713003152>
- Sado, M., Knapp, M., Yamauchi, K., Fujisawa, D., So, M., Nakagawa, A., ... Ono, Y. (2009). Cost-effectiveness of combination therapy versus antidepressant therapy for management of depression in Japan. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(6), 539–547. <http://doi.org/10.1080/00048670902873664>

- Spielmans, G. I., Berman, M. I., & Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 142-149. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820caefb>
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1), 18-23. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833ed18f>
- Trivedi, M. H., Dunner, D. L., Kornstein, S. G., Thase, M. E., Zajecka, J. M., Rothschild, A. J., ... Gelenberg, A. (2010). Psychosocial outcomes in patients with recurrent major depressive disorder during 2 years of maintenance treatment with venlafaxine extended release. *Journal of affective disorders*, 126(3), 420-429. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.011>
- Ünlü Ince, B., Riper, H., van 't Hof, E., & Cuijpers, P. (2014). The effects of psychotherapy on depression among racial-ethnic minority groups: a metaregression analysis. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(5), 612-617. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300165>
- van Zoonen, K., Buntrock, C., Ebert, D. D., Smit, F., Reynolds, C. F., Beekman, A. T. F., & Cuijpers, P. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 318-329. <http://doi.org/10.1093/ije/dyt175>

Pregunta 2.

- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 927-935.
- Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Kok, G. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Marwijk, H. W. J., & Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 174, 400-410. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.016>
- Braun, S. R., Gregor, B., & Tran, U. S. (2013). Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *PloS One*, 8(6), e68135. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0068135>
- Casacalenda, N., Perry, J. C., & Looer, K. (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *The American journal of psychiatry*, 159(8), 1354-1360.
- de Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., & de Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(1), 1-8. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.008>
- Driessen, E., Hollon, S. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., & Turner, E. H. (2015). Does Publication Bias Inflate the Apparent Efficacy of Psychological Treatment for Major Depressive Disorder?

A Systematic Review and Meta-Analysis of US National Institutes of Health-Funded Trials. *PloS One*, 10(9), e0137864. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0137864>

- Güemes, I., Guillen, V., & Ballesteros, J. (2008). [Psychotherapy versus drug therapy in depression in ambulatory care]. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 36(5), 299-306.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *The American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Jayasekara, R., Procter, N., Harrison, J., Skelton, K., Hampel, S., Draper, R., & Deuter, K. (2015). Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 24(3), 168-171. <http://doi.org/10.3109/09638237.2014.971143>
- Kamenov, K., Cabello, M., Coenen, M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2015). How much do we know about the functional effectiveness of interventions for depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 188, 89-96. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.035>
- Kennedy, N., Foy, K., Sherazi, R., McDonough, M., & McKeon, P. (2007). Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disorders*, 9(1-2), 25-37. <http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00326.x>
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565. <http://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Levy, L. B., & O'Hara, M. W. (2010). Psychotherapeutic interventions for depressed, low-income women: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 934-950. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.006>
- Oestergaard, S., & Møldrup, C. (2011). Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 24-36. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.014>
- Sado, M., Knapp, M., Yamauchi, K., Fujisawa, D., So, M., Nakagawa, A., ... Ono, Y. (2009). Cost-effectiveness of combination therapy versus antidepressant therapy for management of depression in Japan. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(6), 539-547. <http://doi.org/10.1080/00048670902873664>
- Spielmans, G. I., Berman, M. I., & Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 142-149. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820caefb>
- Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression - stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168, 107-118. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.043>
- Trivedi, R. B., Nieuwsma, J. A., & Williams, J. W. (2011). Examination of the utility of psychotherapy for patients with treatment resistant depression: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 26(6), 643-650. <http://doi.org/10.1007/s11606-010-1608-2>

Pregunta 3.

- Claridge, A. M. (2014). Efficacy of systemically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 17(1), 3-15. <http://doi.org/10.1007/s00737-013-0391-6>
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943-1957. <http://doi.org/10.1017/S0033291710000772>
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S. G., & Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 768-778. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.001>
- Dragioti, E., Dimoliatis, I., & Evangelou, E. (2015). Disclosure of researcher allegiance in meta-analyses and randomised controlled trials of psychotherapy: a systematic appraisal. *BMJ Open*, 5(6), e007206. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007206>
- Hallberg, S. C. M., Lisboa, C. S. de M., Souza, D. B. de, Mester, A., Braga, A. Z., Strey, A. M., & Silva, C. S. da. (2015). Systematic review of research investigating psychotherapy and information and communication technologies. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3), 118-125. <http://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0055>
- Huang, A. X., Delucchi, K., Dunn, L. B., & Nelson, J. C. (2015). A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 23(3), 261-273. <http://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.04.003>
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). The effect of interpersonal psychotherapy and other psychodynamic therapies versus «treatment as usual» in patients with major depressive disorder. *PloS One*, 6(4), e19044. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0019044>
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Simonsen, S., Simonsen, E., & Gluud, C. (2012). Effects of cognitive therapy versus interpersonal psychotherapy in patients with major depressive disorder: a systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Psychological Medicine*, 42(7), 1343-1357. <http://doi.org/10.1017/S0033291711002236>
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical psychology review*, 21(3), 401-419.

- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565. <http://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Mohr, D. C., Ho, J., Hart, T. L., Baron, K. G., Berendsen, M., Beckner, V., ... Duffecy, J. (2014). Control condition design and implementation features in controlled trials: a meta-analysis of trials evaluating psychotherapy for depression. *Translational Behavioral Medicine*, 4(4), 407-423. <http://doi.org/10.1007/s13142-014-0262-3>
- Oldham, M., Kellett, S., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Interventions to increase attendance at psychotherapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 928-939. <http://doi.org/10.1037/a0029630>
- Schulberg, H. C., Raue, P. J., & Rollman, B. L. (2002). The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 24(4), 203-212.
- Smit, Y., Huibers, M. J. H., Ioannidis, J. P. A., van Dyck, R., van Tilburg, W., & Arntz, A. (2012). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy--a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 81-92. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.11.003>
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 704-714.
- van Hees, M. L. J. M., Rotter, T., Ellermann, T., & Evers, S. M. A. A. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13, 22. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-22>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «all must have prizes.» *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Wilson, K. C. M., Mottram, P. G., & Vassilas, C. A. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD004853. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD004853.pub2>