



RESUMEN EJECUTIVO

Guía de Práctica Clínica Trastorno Ansioso



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Trastorno Ansioso 2018 en:
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA TRASTORNO ANSIOSO.
SANTIAGO: MINSAL.

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

Fecha de Publicación: Febrero, 2020

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>En personas adultas con trastorno ansioso, el Ministerio de Salud SUGIERE añadir psicoeducación estructurada al tratamiento habitual.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La psicoeducación debe ser considerada como parte integral de la atención clínica, ya que permite la identificación y manejo de síntomas.</i> - <i>La psicoeducación puede ser grupal o individual de acuerdo a las características clínicas de las personas y la disponibilidad local.</i> 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 
<p>En personas mayores con trastorno ansioso, el Ministerio de Salud SUGIERE añadir inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) a la psicoterapia por sobre sólo psicoterapia.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Un esquema frecuentemente utilizado es comenzar tratamiento con un cuarto o media dosis de la indicada habitualmente para el adulto (no mayor). Para luego continuar aumentando semanalmente en la misma proporción hasta alcanzar dosis de inicio para adultos (no mayores). Nuevos ajustes pueden realizarse después 4 semanas hasta lograr respuesta clínica.</i> - <i>El panel considera que es necesario el seguimiento clínico de los pacientes, pudiendo ser necesario realizar un monitoreo del nivel plasmático de sodio (por ejemplo, al mes de inicio de tratamiento con ISRS y repetir al menos una vez al año). Si se detecta hiponatremia, dependiendo de la gravedad de esta y de los síntomas, se debe considerar suspender el ISRS en uso.</i> - <i>El panel destaca el considerar exhaustivamente las interacciones con otros fármacos que esté usando la persona y sus comorbilidades.</i> - <i>El panel considera que escitalopram y sertralina podrían ser preferibles por sobre fluoxetina y paroxetina, que podrían tener más efectos adversos en personas mayores.</i> - <i>Por último, el uso de ISRS puede asociarse a efectos adversos, como somnolencia, fatiga o alteraciones del sueño.</i> 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 

<p>En personas adultas con trastorno de pánico (con o sin agorafobia), el Ministerio de Salud SUGIERE que la decisión de realizar terapia grupal o terapia individual se tome en forma individualizada considerando las características clínicas de cada paciente y sus preferencias.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Si bien cada alternativa tiene sus potenciales beneficios y riesgos, la mayoría de éstos varían dependiendo del perfil de personalidad, fase de la enfermedad, sintomatología aguda o los valores y preferencias de los pacientes.</i> - <i>En escenarios de menores recursos, podría ser favorable el uso de terapia grupal para aumentar la capacidad de intervención de los equipos y reducir los costos.</i> - <i>El panel considera que la protocolización de la terapia grupal podría estandarizar su ejecución y mejorar sus resultados.</i> 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>BAJA</p> <p>⊕⊕○○</p>
<p>En personas adultas con trastorno de pánico con agorafobia, el Ministerio de Salud SUGIERE NO agregar benzodicepinas en forma rutinaria al tratamiento con ISRS.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>El panel considera que los benzodicepinas podrían ser útiles en algunos pacientes al inicio de la terapia en espera de que aparezcan los efectos del tratamiento de los ISRS.</i> - <i>En cualquier caso, es importante informar a las personas y sus familias sobre potenciales efectos adversos de las benzodicepinas, tales como efectos adversos leves (insomnio, sedación, irritabilidad, fatiga, entre otros) y graves (ataxia, disminución habilidad motriz al conducir, dependencia/adicción incluso en cortos periodos de uso continuo, intoxicaciones por accidente (niños o adultos mayores) o por intento suicida, riesgo de caídas en personas mayores, entre otros).</i> - <i>Algunas personas poseen mayor riesgo de efectos adversos con el uso de benzodicepinas, tales como: embarazadas, personas con abuso de sustancias, adultos mayores, personas con trastorno por estrés postraumático o duelo, conductores de vehículos, presencia de comorbilidades, entre otras.</i> 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MODERADA</p> <p>⊕⊕⊕○</p>
<p>En personas adultas con trastorno pánico, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar psicoterapia semanal por sobre psicoterapia mensual.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tanto las personas como el equipo clínico deben evaluar caso a</i> 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕○○○</p>

<p>caso las características clínicas (gravedad sintomática, comorbilidad, refractariedad, vulnerabilidad, entre otras) y los valores y preferencias de las personas para determinar la intensidad óptima de la psicoterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La psicoterapia tiene que ser parte de un plan de cuidado integral y responder a un objetivo terapéutico individualizado y co-construido entre usuario y equipo clínico. 		
<p>En personas adultas con trastorno de pánico, el Ministerio de Salud SUGIERE adicionar mindfulness a tratamiento habitual.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición de mindfulness en link: ver acá <p><i>El equipo de salud que utilice mindfulness dentro de tratamiento habitual en esta población debe estar capacitado en la técnica.</i></p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA ⊕○○○</p>
<p>En personas adultas con trastorno de ansiedad generalizada, el Ministerio de Salud RECOMIENDA realizar intervención con modelo colaborativo de atención por sobre realizar tratamiento habitual.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición de atención colaborativa en link: ver acá 	<p>FUERTE</p>	<p>ALTA ⊕⊕⊕⊕</p>
<p>En personas adultas con síndrome de ansiedad generalizada, el Ministerio de Salud SUGIERE agregar actividad física al tratamiento habitual.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El panel considera que si bien, en general, los beneficios de la actividad física son moderados, estos pueden variar dependiendo del momento de la enfermedad, presencia de comorbilidad, tipo de ansiedad, los valores y preferencias de las personas y el tipo de actividad física. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA ⊕○○○</p>
<p>En personas adultas con trastorno de estrés postraumático (TEPT), el Ministerio de Salud SUGIERE realizar psicoterapia semanal por sobre psicoterapia mensual.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La psicoterapia tiene que ser parte de un plan de cuidado integral y responder a un objetivo terapéutico individualizado y co-construido entre usuario y equipo clínico. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA ⊕○○○</p>
<p>En personas adultas con trastorno estrés postraumático (TEPT), el Ministerio de Salud SUGIERE agregar psicoterapia al tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) por sobre solo utilizar inhibidores de la recaptura de serotonina.</p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>BAJA ⊕⊕○○</p>

Comentarios del Panel:

- *Si bien la mayoría de los pacientes se beneficiaría de agregar psicoterapia, algunas personas con estrés postraumático (por ejemplo, según fase del problema de salud, nivel de sintomatología, disponibilidad para asistir a psicoterapia y oferta específica de psicoterapia) podrían beneficiarse solo de ISRS.*
- *Es importante destacar que esta patología podría tener sintomatología episódica y con alta tasa de abandono, por lo cual podría ser útil realizar medidas adicionales para mejorar la adherencia y la relación tratante-paciente.*
- *Además, existe variabilidad importante en las preferencias de los pacientes, dependiendo de sus experiencias con tratamientos previos, del tiempo de tratamiento, de la alianza terapéutica, entre otros factores.*

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2018-2019 utilizando el sistema GRADE.

ÍNDICE

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA	3
1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD	8
2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	9
Objetivo General	9
Tipo de pacientes y escenario clínico	9
Usuarios de la Guía.....	9
MÉTODOS.....	9
Definición y priorización de preguntas clínicas.....	9
Elaboración de recomendaciones GRADE	10
3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES	12
Grado de la recomendación	12
Certeza de la evidencia	12
4. EQUIPO ELABORADOR	14
DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS	15
5. REFERENCIA	15

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en un sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como peligrosas o amenazantes, aunque en realidad no se pueden considerar como tal. Esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, tiene un carácter patológico al alterar el funcionamiento normal del sujeto, manifestándose en múltiples disfunciones y desajustes a nivel fisiológico, conductual y cognitivo.

Los trastornos de ansiedad son una serie de cuadros clínicos con características y etiologías diversas, corresponden a aquellas entidades comprendidas entre los códigos F40 a F43 según la codificación CIE 10.

La presente guía de práctica clínica genera recomendaciones clínicas específicas para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (F43.1), agorafobia (F40.0), trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), cualquier trastorno ansioso, contenidos entre los códigos F40.0 a F43.9.

El trastorno de pánico tiene como manifestación esencial episodios recurrentes de ansiedad intensa, que no se limitan a ninguna situación particular o una serie de circunstancias y que son, por lo tanto, impredecibles. Estos episodios pueden presentar como manifestación el inicio repentino de palpitations, dolor torácico, sensación de asfixia, mareos y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). A menudo existe miedo secundario a morir o perder el control.

La agorafobia agrupa a un conjunto de fobias bien definidas que engloban miedos a salir de casa, entrar a tiendas, estar entre multitudes y concurrir lugares públicos, a viajar solo en autobuses, trenes o aviones, entre otros.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitations, mareos y malestar epigástrico. La ansiedad se presenta de manera persistente y generalizada.

El trastorno de estrés postraumático surge como respuesta tardía o diferida a una situación o acontecimiento estresante (de duración breve o prolongada) excepcionalmente amenazante o catastrófica. Típicamente se presentan episodios repetidos de volver a vivenciar el trauma en forma de recuerdos molestos o pesadillas que se producen en el trasfondo persistente de una sensación de “aturdimiento” y embotamiento emocional.

Diagnóstico diferencial

Dado lo polimorfo de los trastornos ansiosos frente al diagnóstico diferencial es necesario plantear varias entidades clínicas, tanto psiquiátricas como de medicina general. Algunas de estas entidades a considerar corresponden a: cuadros orgánicos e inicio de demencias, síndromes depresivos, esquizofrenia incipiente, hipotiroidismo, síndromes vertiginosos, infarto agudo al miocardio y síndromes anginosos, feocromocitoma, entre otros.

Contexto Epidemiológico

La prevalencia de vida de los trastornos ansiosos fue estimada por Vicente y cols. (1) para población chilena mayor de 15 años utilizando la clasificación DSM III, llegando a un 16,2% para cualquier trastorno ansioso (8,7% en hombres 23,1% en mujeres). El trastorno de estrés postraumático llega a un 4,4%. La estimación de prevalencia de último año llega a 9,9% para cualquier trastorno ansioso (3,7% en hombres, 23,1% en mujeres). El en población general mayor de 15 años.

Los trastornos ansiosos más prevalentes durante los 12 meses previos fueron las fobias simples (8%), seguidas de las fobias sociales (6,4%) y las agorafobias (6,3%) y trastorno de estrés postraumático llega a un 4,4%.

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo General

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de adultos con trastornos de ansiedad, específicamente, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático.

Tipo de pacientes y escenario clínico

Personas adultas con diagnóstico de trastornos de ansiedad, específicamente, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático, que reciben atención en el nivel primario y secundario de salud en el sector público y privado de salud.

Usuarios de la Guía

Profesionales de la salud especialistas y no especialistas con responsabilidades en el abordaje de personas con diagnósticos de trastornos de ansiedad, específicamente, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático.

MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, personas que tuvieran la patología o condición de salud.

Definición y priorización de preguntas clínicas

Se realizó la **definición y priorización de las preguntas para la** elaboración. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente elaboración se responderían las siguientes preguntas:

1. En personas adultas con Trastorno estrés postraumático (TEP) ¿Se debe realizar terapia combinada (psicoterapia + ISRS) en comparación a usar ISRS?
2. En personas adultas con trastorno de pánico (con o sin agorafobia) ¿Se debe realizar terapia grupal en comparación a realizar terapia individual?
3. En personas adultas con trastorno de pánico con agorafobia ¿Se debe usar ISRS* + benzodiacepina en comparación a usar sólo ISRS*?
4. En personas adultas con trastorno pánico ¿Se debe realizar sesiones de psicoterapia de frecuencia SEMANAL en comparación realizar sesiones de psicoterapia de frecuencia MENSUAL?
5. En personas adultas con trastorno de estrés post traumático (TEP) ¿Se debe realizar sesiones de psicoterapia de frecuencia SEMANAL en comparación a realizar sesiones de psicoterapia de frecuencia MENSUAL?
6. En personas adultas con trastorno ansioso ¿Se debe realizar psicoeducación estructurada + tratamiento habitual, en comparación a realizar sólo tratamiento habitual?
7. En personas adultas con trastorno de ansiedad generalizada ¿Se debe realizar intervención con modelo colaborativo de atención (incluye farmacológico) en comparación a realizar tratamiento habitual?
8. En personas adultas con síndrome de ansiedad generalizada (SAG) ¿Se debe realizar actividad física + tratamiento habitual, en comparación a realizar tratamiento habitual?
9. En personas adultas mayores con insomnio secundario a trastorno ansioso ¿Se debe usar terapia grupal en comparación a usar tratamiento farmacológico (clonazepam, queteapina)?
Posterior al proceso de priorización, los coordinadores clínicos y temático eliminaron esta pregunta y agregaron la siguiente con mayor puntaje en la priorización, realizando los ajustes necesarios.
Por lo tanto, la pregunta es la siguiente: En personas mayores de 65 años con trastorno ansioso generalizado ¿Se debe realizar psicoterapia + ISRS (terapia combinada) en comparación a realizar psicoterapia?
10. En personas mayores de 65 años con insomnio secundario a un trastorno ansioso ¿Se debe usar melatonina en comparación a tratamiento habitual?
Posterior al proceso de priorización, los coordinadores clínicos y temático eliminaron esta pregunta y agregaron la siguiente con mayor puntaje en la priorización, realizando los ajustes necesarios.
Por lo tanto, la pregunta es la siguiente: En personas adultas con sintomatología ansiosa ¿Se debe Realizar mindfulness en comparación a realizar tratamiento habitual?

► Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2018](#)

Elaboración de recomendaciones GRADE

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE) (4). Luego de seleccionadas las

preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia. Se utilizaron 4 estrategias de **búsqueda y síntesis de evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

▶ Ver más detalle en [Métodos](#)

Tras generar la búsqueda y síntesis de evidencia, el equipo elaborador **formuló de las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos. Las recomendaciones fueron formuladas entre los meses de noviembre de 2018 y marzo de 2019.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas.

▶ Para mayor detalle consultar Guía de Práctica Clínica Trastorno Ansioso 2018” completa.

3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica habitual. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: 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 indicación.

Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: 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.

Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la certeza de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos.

Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de certeza alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja certeza los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la certeza de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la certeza de la evidencia**, si existen limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en certeza de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

4. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Viviana Guajardo Tobar	Coordinadora Clínica Psiquiatra. Hospital el Pino. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.
Carlos Muñoz Ibarra	Coordinador Clínico Químico Farmacéutico. Colegio de Químicos Farmacéuticos de Chile.
Natalia Dembowski Sandoval	Coordinadora Temática Psicóloga. Departamento de Salud Mental, División Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Paloma Herrera Omega	Coordinadora Metodológica Kinesióloga, Departamento ETESA y Salud basada en Evidencia. División Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

Panel de expertos

Alejandra Riquelme Celis	Psicóloga. COSAM de Conchalí.
Carlos Sciolla Donoso	Psiquiatra. Sociedad de Salud Mental.
Carolina Urra Esquivel	Asistente Social. Centro de Salud Salvador Allende, San Ramón.
Cesar Castro Astete	Psiquiatra. Hospital Regional Libertador Bernardo O’iggins, Rancagua.
Daniela Rivera Espinoza	Psiquiatra. Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Hospital San Juan de Dios.
Felipe Gutiérrez Muñoz	Psicólogo. COSAM La Florida.
Francisco Somarriva Pinto	Psicólogo. Colegio de Psicólogos.
Jimena Rojas Cornejo	Psicóloga. Hospital El Pino.
Jose Luis Tejada Guiñez	Psiquiatra. COSAM El Bosque, Servicio de Salud Metropolitano Sur. Centro de Salud Mental y Derechos Humanos (ONG CINTRAS).
Julieta Monge Tandazo	Médico APS. CESFAM San Rafael, La Pintana.
Luis Acevedo Herrera	Médico. Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca, Puente Alto.
María Elena Fuentes Alarcón	Psicóloga. Centro de Salud Familiar Bellavista, La Florida.
Milena Pereira Romero	Psicóloga. División Atención Primaria. Ministerio de Salud

Pablo Gorrini Miranda	Psicólogo. COSAM Complejo Hospitalario San Jose de Maipo.
Paulina Bravo Soto	Psicóloga. Centro de Intervención Familiar.
Roxana Velásquez Vergara	Terapeuta Ocupacional. Dirección de Salud comuna de San Miguel. Centro de Salud Familiar Barros Luco.
Ximena Hernández Silva	Psicóloga. COSAM La Pintana.
Ivonne Espinoza	Enfermera. Departamento de Plan de Beneficios. División de Planificación Institucional. Fondo Nacional de Salud.

Asesor metodológico

Ignacio Neumann Burotto	GRADE working group. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Universidad Católica de Chile.
--------------------------------	--

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Gonzalo Bravo Soto; Macarena Morel Marambio; Rocío Bravo; María Francisca Verdugo; y Luis Ortiz. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Patricia Cerda²	Elaboración de búsqueda y síntesis de evidencias de valores y preferencias de los pacientes. Elaboración de informes de costos en Chile de las intervenciones.

¹ La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Del total de integrantes del equipo colaborador las siguientes personas declararon potenciales de conflictos de interés:

- **Cesar Castro Astete**, ha recibido financiamiento para la participación en congresos de parte de laboratorios Pfizer (2010) y Royal Pharma (2007).
- **Daniela Rivera Espinoza**, Accionista en Empresas MasVida (minoritario, 1 acción)

Luego de analizar las declaraciones de los participantes, el equipo elaborador decidió no limitar la participación de estos colaboradores.

5. REFERENCIA

1. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 1st ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2000. 336 p.
2. Ruiloba JV. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Edición: 7. Barcelona etc.: Elsevier-

Masson; 2011. 668 p.

3. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug;163(8):1362–70.
4. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. julio de 2013;66(7):719–25.