

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 32-2018-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 19 de Julio del 2018.

Vistos, la Nota Informativa Nº 087-2018-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Nota Informativa Nº 088-2018-OEPE/HVLH, emitida por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera";

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, señala que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, asimismo el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, señala que el Director Médico del establecimiento de Salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre 2016, se aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, cuyo objetivo fue establecer las disposiciones relacionadas con los procedimientos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, el mismo que es de observancia obligatoria por los órganos desconcentrados y, unidades orgánicas del Ministerio de Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA de fecha 14 de mayo del 2015, se aprueba la NTS Nº 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, que tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización del uso de los recursos;



Que, la referida NTS, en su Título V Disposiciones Generales, numeral 5.1. tipifica: que las Guías de Práctica Clínica (GPC), son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnosticas o terapéuticas adecuadas al momento de abordar un problema de salud o una condición clínica específica, por lo que los Establecimientos de Salud, Nivel II-1 al III-2, pueden elaborar las Guías de Práctica Clínica de acuerdo al perfil epidemiológico de su demanda, siempre y cuando no se cuente con la GPC del nivel nacional o regional, en lo que corresponda. Según lo señalado en el numeral 6.7 del sub numeral 6.7.1 de la indicada NTS;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre

ellos, numeral d) mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia, y numeral g) administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento de las normas vigentes;

Que, en el contexto expuesto, mediante documento del visto, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad ha remitido a la Dirección General, el proyecto de Guía de Práctica Clínica para el para el Tratamiento de Depresión de Adultos - Versión Extensa, para su respectiva aprobación, mediante acto de administración;

Que, con Nota Informativa N° 088-2018-OEPE/HVLH, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamientos Estratégico, indica que el documento mencionado en el párrafo precedente, ha sido revisado y cumple con la estructura mínima señalada en el literal d) del punto 6.1.4 Documento Técnico, de las "Normas para la elaboración de documentos normativos para el Ministerio de Salud", aprobada con la Resolución Ministerial N° 850-1016/MINSA; emitiendo opinión favorable;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, con opinión favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y con el visado de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, del Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la **Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Depresión en Adultos - Versión Extensa** del Hospital Víctor Larco Herrera, la misma que a folios ochenta (80) incluido cuatro (04) anexos, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo Segundo.- Disponer, la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera (www.larcoherrera.gob.pe).

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

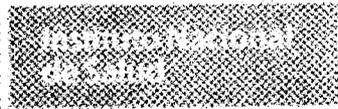
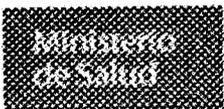
X
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/MYRV/aesg

Distribución:

- o Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- o Oficina de Asesoría Jurídica
- o Dpto. de Hospitalización
- o Of. De Gestión de la Calidad
- o Unidades orgánicas





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO
HERRERA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento
de Depresión en adultos
- Versión extensa -**

Ciudad de Lima / Perú / noviembre 2017





HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA

Directorio Institucional

ORGANO DE DIRECCIÓN

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General

Med. Carlos Palacios Valdivieso
Director Adjunto

ÓRGANOS DE CONTROL

CPC. José Oscar Verano Cavero
Jefe del Órgano de Control Institucional

ÓRGANO DE ASESORIA

Eco. Juan Coronado Román
Director de la Of. Ejec. De Planeamiento Estratégico

Abog. Mirian Y. Rodríguez Vargas
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

Med. Roger A. Abanto Marín
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Med. José del Carmen Farro Sánchez
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

ÓRGANO DE APOYO

Med. Giovany M. Rivera Ramírez
Directora de la Oficina Ejecutiva de Administración

Med. Luis A. Vilchez Salcedo
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

Bach. Edgar Tuesta Ramos
Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

Lic. Patricia Escudero Ascencio
Jefe de la Oficina de Comunicaciones





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Dr. César Cabezas Sánchez
Jefe

Dr. Víctor Suarez Moreno
Sub Jefe

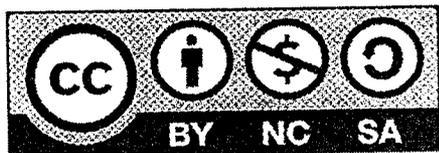
Dr. Pedro Valencia
Director General
CENTRO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Dra. Patricia Caballero Ñopo
Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública. UNAGESP

Cápac Yupanqui 1400 Jesús María Lima 11, Perú. Telf. (511) 7481111 Anexo 2207
Esta Guía de Práctica Clínica fue generada en respuesta a un requerimiento del Hospital Víctor Larco Herrera.

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El Instituto Nacional de Salud tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. A través de su Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) participa en el proceso de elaboración de documentos técnicos, basados en la mejor evidencia disponible, que sirvan como sustento para la aplicación de intervenciones en Salud Pública, la determinación de Políticas Públicas Sanitarias y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Repositorio general de documentos técnicos UNAGESP:
<http://www.portal.ins.gob.pe/es/cnsp/cnsp-unagesp/unagesp/documentos-tecnicos-unagesp>
Para obtener este informe a texto completo en forma gratuita solicitarlo a:
unagesp@ins.gob.pe



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Los derechos reservados de este documento están protegidos por licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Esta licencia permite que la obra pueda ser libremente utilizada sólo para fines académicos y citando la fuente de procedencia. Su reproducción por o para organizaciones comerciales sólo puede realizarse con autorización escrita del Instituto Nacional de Salud, Perú

Cita recomendada:

Hospital Nacional. Víctor Larco Herrera. Instituto Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica para tratamiento de la Depresión en pacientes adultos - Versión extensa -. Lima: INS, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias; 2017. Serie Guía Práctica Clínica N° 04-2017.



GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA

PANEL DE EXPERTOS CLÍNICOS

Carlos Eduardo Palacios Valdivieso
Médico Psiquiatra
Sub Director
Hospital “Victor Larco Herrera”

Carlos Alexis Salgado Valenzuela
Médico Psiquiatra
Jefe de la Oficina de Gestión Calidad
Hospital “Victor Larco Herrera”

Miriam Salazar De la Cruz
Médico de familia
Hospital “Victor Larco Herrera”

Guisella Vargas Cajahuanca
Médico psiquiatra
Jefe Departamento de Psi. Del Niño y
Adolescente
Hospital “Victor Larco Herrera”

Carolina Gallegos Cazorla
Médico psiquiatra
Departamento Consulta Externa
Hospital “Victor Larco Herrera”

Ada Vásquez Amez
Psicóloga Clínica
Jefe del Dpto. de Psicología
Hospital “Victor Larco Herrera”

Lourdes López Moreno
Psicólogo Clínico
Departamento de psicología
Hospital “Victor Larco Herrera”

Humberto Castillo Martell
Médico Psiquiatra
Instituto Nacional de Salud Mental
“Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”

Gerald Chirinos Velazco
Médico Psiquiatra
Centro de Salud Mental Comuntaria
“San Gabriel Alto”

Jessica Málaga Zenteno
Médico Psiquiatra
Hospital “Guillermo Almenara Irigoyen”
ESSALUD

Luz Uscata Quispe
Licenciada en enfermería
Departamento de Enfermería
Hospital “Victor Larco Herrera”

Carlos Caballero
Médico Psiquiatra
Hospital “Hermilio Valdizán Medrano”

Anthony Vidal Miranda
Médico Psiquiatra
Hospital “Hermilio Valdizán Medrano”



GRUPO DE EXPERTOS METODOLÓGICOS

Karen Viviana Huamán Sánchez

Licenciada en Enfermería
Metodóloga
Unidad de Análisis y Generación de
Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Gloria María Carmona Clavijo

Licenciada en Obstetricia
Magister en Salud Pública
Metodóloga
Unidad de Análisis y Generación de
Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Beatriz Catherine Bonilla Untiveros

Licenciada en Nutrición
Magister en Nutrición y Alimentos
Metodóloga
Unidad de Análisis y Generación de
Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Nora Reyes Puma

Médico Cirujano
Magister en Salud Pública
Metodóloga
Directora Ejecutiva
Dirección Ejecutiva de Enfermedades No
Transmisibles

Patricia Caballero Ñopo

Médico Infectólogo
Magister en Salud Pública
Metodóloga
Responsable de la
Unidad de Análisis y Generación de
Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

GRUPO ELABORADOR DE GUÍAS DEL HOSPITAL “VICTOR LARCO HERRERA”

Carlos Alexis Salgado Valenzuela

Médico Psiquiatra
Hospital “Victor Larco Herrera”

Miriam Salazar De la Cruz

Médico de familia
Hospital “Victor Larco Herrera”

Gisella Vargas Cajahuanca

Médico psiquiatra
Jefe Dpto de Psq. Del Niño y Adolescente
Hospital “Victor Larco Herrera”

Carolina Gallegos Cazorla

Médico psiquiatra
Departamento Consulta Externa
Hospital “Victor Larco Herrera”



REPRESENTANTES DE LOS PACIENTES

Personas con diagnóstico de depresión entrevistadas en el servicio de Consulta Externa de
Hospital “Victor Larco Herrera”.



REVISORES EXTERNOS

Ricardo Jorge Bustamante Quiroz. Médico Psiquiatra .Hospital “Víctor Larco Herrera”

Revez Ludovic. Organización Panamericana de la Salud. Phd. Salud Pública, MSc Epidemiología Clínica, Médico cirujano. Asesor, Evidencia en Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dra. Elizabeth Rivera, directora del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera por impulsar el desarrollo de la presente Guía de Práctica clínica de acuerdo a la norma técnica vigente, brindando las facilidades necesarias a los miembros del grupo elaborador articulándose el trabajo multidisciplinario e interinstitucional.

A los usuarios del servicio de psiquiatría y a sus familiares representantes, por sus aportes sobre sus perspectivas en relación a la temática propuesta.

Agradecemos de forma especial, a la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud, por su participación como revisores externos y su asesoría permanente en la transferencia tecnológica.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto el grupo metodológico como el grupo elaborador han declarado no presentar conflicto de interés, esta declaración se realizó durante los diálogos deliberativos en los que se formularon las recomendaciones, los cuales fueron celebrados el 7 de setiembre del 2017 en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. Los conflictos de interés firmados serán almacenados por 5 años en los repositorios del Instituto Nacional de Salud.

FINANCIAMIENTO

La presente Guía de Práctica Clínica fue financiada por el Instituto Nacional de Salud y el Hospital “Víctor Larco Herrera”.





Instituto Nacional de Salud

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico, ya que tiene como mandato proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en diversos campos, siendo uno de ellos; el campo de la salud pública, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Dentro de la misión del Instituto Nacional de Salud se encuentra, la promoción, desarrollo y difusión de la investigación y de transferencia tecnológica en los diversos servicios de salud.

El Instituto Nacional de Salud a través de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) y por interés conjunto con el Instituto Nacional Materno Perinatal se ha encargado de la transferencia tecnológica en relación al desarrollo de guías de Práctica Clínica basadas en evidencia utilizando el sistema AGREE y GRADE en la formulación de las en la formulación de las preguntas de la GPC a partir del análisis de evidencia científica. Esta transferencia tecnológica se ha realizado a través de la capacitación, acompañamiento y monitoreo de las etapas que involucran la adaptación de guías de práctica clínica dirigidas tanto a miembros del Hospital Victor Larco Herrera como de otros hospitales de Lima y establecimientos de salud identificados para este proceso.

La Dirección General de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, luego de haber cumplido con las etapas de revisión y validación del documento, agradece el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, de la Dirección General del del Hospital Victor Larco Herrera y en especial la desinteresada colaboración y esfuerzo de todos el equipo de salud multidisciplinario que hicieron posible la culminación de esta importante herramienta para mejorar la calidad de atención de la salud mental.





Hospital Nacional Víctor Larco Herrera

El Hospital Víctor Larco Herrera para la atención segura de los pacientes esta presente y activo en el contexto del proceso de reforma de la atención en salud mental en el país.

Fundado en 1918 como Asilo Colonia de la Magdalena, en 1930 recibió su actual denominación. A lo largo de su centenario viene realizando acciones asistenciales, de docencia e investigación que iniciaron a través de médicos ilustres como Hermilio Valdizan, Baltasar Caravedo Prado y Honorio Delgado.

El hospital es una institución especializada en la atención en salud mental y psiquiatría a la población general. Nuestra misión es brindar estos servicios con calidad, oportunidad y accesibilidad a cargo de personal comprometido y competente, guiados por principios bioéticos. Está vinculado estratégicamente, primero a elevar los estándares de la atención especializada en los diferentes servicios, segundo a fortalecer la implementación del modelo de salud mental con enfoque comunitario articulada a la red de atención primaria, en tercer lugar, a fortalecer la gestión de recursos tecnológicos para mejorar la oferta de salud de acuerdo a las necesidades y expectativas de la población. Por otro lado, a modernizar la gestión hospitalaria basada en procesos y fortalecer la gestión del desarrollo del potencial humano.

El Documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica" aprobado con RM N° 414-2015/MINSA tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud, a través de la formulación de guías que respondan a las prioridades nacionales, de forma que el Sector Salud asume la responsabilidad de desarrollar sus instrumentos de práctica clínica en el marco de la Evaluación AGREE II y GRADE herramientas que contribuyen a integrar la evidencia científica para enfocar una intervención más objetiva en el campo clínico. En ese curso de acción el hospital ha convocado a sus profesionales médicos especialistas y se ha realizado la adaptación de GPC de los Trastronos de Depresión y Esquizofrenia que por su prevalencia y complejidad constituyen las primeras causas de atención especializada en psiquiatría.

Para terminar, expresamos nuestro agradecimiento a los profesionales de la UNAGESP del Instituto Nacional de Salud, la OPS, la Dirección Nacional de Salud Mental y los Hospitales que con su valioso aporte han hecho posible la cristalización de este producto. Guardamos la esperanza de que estas Guías de Práctica Clínica que continen la evidencia de la investigación científica adicionada a los saberes de la experiencia clínica contribuyan a la mejor toma de decisiones de todos los involucrados en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastrnos abordados.

Finalmente, este documento clínico será actualizado periódicamente para cumplir su propósito.



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II

BDI: Inventario de depression de Beck

DD: Dialogo deliberativo

GPC: Guía de Práctica Clínica

GPC-BE: Guia de Practica Clinica basada en Evidencia

GEG: Grupo elaborador de Guías

GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation

HVLH: Hospital Victor Larco Herrera

HAM-D: Escala de Hamilton para la evaluación de la Depresión

INS: Instituto Nacional de Salud

IRSS: Inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina

MINSA: Ministerio de Salud

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

TRE: Terapia Racional Emotiva

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TIP: Terapia Interpersonal

TFS: Terapia Familiar Sistemica

UNAGESP: Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública



INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado por un conjunto de síntomas como tristeza, desinterés, baja autoestima, disminución del apetito y sueño, cansancio y falta de concentración (definición de OMS), en su forma más grave puede terminar en el suicidio. La segunda causa de muerte en adolescentes y adultos es el suicidio. Se calcula que alrededor de 800 000 personas en el mundo se suicidan al año (1). La Organización Mundial de la Salud, reporta que la depresión es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo (1).

Muchas veces los trastornos mentales son estigmatizados, impidiendo a los pacientes acceder a una atención oportuna y adecuada. En el Perú, aproximadamente más del 90% de pacientes con depresión no recibe un tratamiento eficaz, y en ocasiones los pacientes no son correctamente diagnosticados, lo que conlleva a ser tratados con medicamentos antidepresivos sin necesidad (1,2); así mismo, los casos de depresión se vienen incrementando a tal escenario que 2 de cada 3 casos de suicidio, están relacionados con este problema de salud mental (3). La prevalencia de vida del intento suicida es mayor en la zona urbana, sobre todo en Pucallpa (5.4%), Puerto Maldonado (4.5%) y Ayacucho (5.2%). (4-6)

En la población mayor de 12 años, se ha reportado una prevalencia promedio nacional de 7.6% de episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8.8% en Iquitos (5,6). Según el estudio epidemiológico de salud mental en el Perú, los problemas nacionales que afectan la política y economía del país son factores predisponentes para la depresión.

El incremento de casos de depresión va generando una alta demanda de los servicios de atención de salud mental, sin embargo, para la población asignada a establecimientos de salud del MINSA se estima que existen 1.4 psiquiatras por 100 000 habitantes a nivel del país y 3.2 por 100 000 habitantes en Lima (7). Además, los profesionales de psicología para población asignada a establecimientos de salud públicos están en una relación de 10 por 100 000 habitantes. (7). La Ley N°29889, “Ley que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental”, indica el aseguramiento de la disponibilidad de programas y



servicios para la atención de la salud mental a nivel nacional, haciendo énfasis en el abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial (8). Desde entonces y en la actualidad la atención de la salud mental en el Perú está enfocada en un modelo de atención comunitaria, parte de la implementación de este modelo fue la creación de Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC) en La Libertad, Lambayeque, Piura, Ayacucho, Lima, Callao, Huancavelica, Arequipa y Moquegua (8). Con el objetivo de fortalecer la implementación de estos centros de salud mental comunitario se ha elaborado el “Documento Técnico: Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitario 2018-2021” (7).

La presente Guía de Práctica clínica para el tratamiento de depresión en adultos, es la primera guía que utiliza herramientas metodológicas avaladas por la comunidad internacional, como el instrumento AGREE II y la metodología GRADE.

Durante el año 2008, el ministerio de salud publicó tres Guías de Práctica Clínica en salud mental y psiquiatría como iniciativa para mejorar la atención de estos pacientes. Parte de esta serie de guías fue la “Guía de Práctica Clínica en depresión” (9) cuyo énfasis era el manejo farmacológico. Además, los hospitales nacionales e institutos especializados cuentan con guías y protocolos del manejo de la depresión para ser aplicados de manera interna y por especialistas que no han seguido la metodología para ser una guía de práctica clínica informada en evidencia. En este sentido, la presente guía ha incluido intervenciones psicosociales que impactan en la persona con depresión que permiten un abordaje integral.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Tratamiento farmacológico con antidepresivo:** Tratamiento con cualquiera de las sustancias, sean químicas o farmacológicas, utilizadas para tratar síndromes depresivos.
- **Ensayo clínico aleatorizado:** Tipo de diseño de investigación en el cual las personas son aleatoriamente asignadas a dos o más grupos: uno experimental y otro de comparación o control. Se les hacen seguimientos para evaluar desenlaces y comparar diferencias en cuanto a la efectividad del tratamiento.
- **Estudio observacional:** Estudio en el cual el investigador no influye sobre la probabilidad de presentar o no una condición, o de estar o no expuesto a un factor de interés.
- **Grupos de ayuda mutua:** Los grupos de apoyo suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, y ello les ayuda a interactuar con personas que tienen problemas, carencias o experiencias comunes.
- **Hamilton rating scale for depression (HAM-D):** Escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o la gravedad de la depresión; es una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación.
- **Intento de suicidio:** Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.
- **Metaanálisis:** Método estadístico para sintetizar y resumir resultados de dos o más estudios.
- **Nivel de evidencia:** Grado que se le asigna a una evidencia en relación a la certeza de la estimación del efecto para respaldar una recomendación.
- **Psicoterapia:** Término que abarca diversos métodos de tratamiento de las alteraciones mentales y emocionales por medio de técnicas psicológicas. Las psicoterapias son muy numerosas y provienen de distintos orígenes teóricos, pero su denominador común es que ocurren en la interacción personalizada y singular entre el terapeuta y su paciente.
- **Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del sector salud:** Instrumento para promover la racionalidad y la eficiencia en la utilización de medicamentos. Correctamente aplicado, el petitorio contribuye a optimizar la calidad de atención y



gastos en los sistemas de salud. Los medicamentos esenciales son aquellos que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población; por tanto, esos productos deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran.

- **Terapia Combinada:** Tratamiento que incluye farmacoterapia y psicoterapia para el manejo de la depresión.
- **Terapia grupal:** Enfoque con un fuerte componente psicoeducativo, centrado en la enseñanza a los pacientes de las técnicas y las estrategias para hacer frente a los problemas que, se supone, están relacionados con su depresión. Tales estrategias incluyen la mejoría de las habilidades sociales, el abordaje de los pensamientos negativos, el aumento de las actividades placenteras y el entrenamiento de relajación. Los grupos son altamente estructurados, y, por lo general, consisten en seis a diez adultos y dos líderes de grupo.
- **Terapia interpersonal:** Terapia desarrollada inicialmente para depresión, pero utilizada en la actualidad para otros trastornos. Su enfoque se centra en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales. Es una terapia limitada en el tiempo, y se enfoca en las dificultades que surgen en la experiencia diaria de las relaciones interpersonales y la resolución de dificultades durante un episodio depresivo mayor. Las principales tareas se relacionan con ayudar a los pacientes a aprender a vincular su afecto con sus contactos interpersonales y reconocer que, mediante el adecuado manejo de las situaciones interpersonales, puede mejorar su estado depresivo y la forma de relacionarse con otros.
- **Terapia psicodinámica:** Intervención psicológica que se deriva de un modelo psicodinámico/psicoanalítico, y donde el terapeuta y el paciente exploran y ganan insight sobre los conflictos y sobre cómo tales conflictos están representados en las situaciones actuales y en las relaciones, incluida la relación terapéutica (transferencia y contratransferencia). Esto genera una oportunidad para que los pacientes exploren sus sentimientos y sus conflictos conscientes e inconscientes, los cuales se originan en el pasado, mediante un enfoque técnico en la interpretación y el trabajo a través de los conflictos.
- **Remisión de síntomas depresivos:** Periodo durante el cual se observa una mejoría sintomática. Se define por un puntaje inferior al punto de corte para depresión en



escalas estandarizadas durante la fase aguda, o por retorno al estado previo al inicio de los síntomas.

- **Respuesta al tratamiento:** Puede entenderse como el punto en el que se inicia la remisión parcial como consecuencia de un tratamiento. Se lo ha definido típicamente como una disminución igual o mayor que el 50% en la puntuación base de la depresión medida por escalas de depresión estandarizadas. Si la reducción es de entre el 25% y el 49% de la puntuación inicial se hablaría de respuesta parcial; y si es menor que el 25%, de no respuesta.
- **Riesgo suicida:** Característica cuya presencia o ausencia conduce a un aumento o a una disminución de la tendencia a suicidarse.
- **Suicidio:** Determinación intencional o voluntaria de acabar con la propia vida. Es el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona, con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal.
- **Terapia cognitivo conductual:** Terapia psicológica estructurada, limitada en el tiempo, derivada del modelo cognitivo-conductual para trastornos afectivos, y donde el paciente trabaja en colaboración con el terapeuta para identificar tipos de pensamientos, creencias o interpretaciones, y sus efectos en los síntomas actuales, sentimientos o áreas problemáticas. El paciente desarrolla habilidades para identificar, monitorizar y contrarrestar apropiadamente los pensamientos, las creencias y las interpretaciones problemáticos relacionados con los síntomas.



DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

La depresión se presenta como una serie de problemas de salud mental de predominio afectivo, que puede ir acompañado de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales (10). Generalmente puede interferir con el desempeño en la vida diaria, trabajo, sueño, estudios, alimentación y en el goce de la vida (11).

El diagnóstico de la depresión generalmente se determina a partir de datos observacionales, como deterioro de la apariencia o aspecto personal, bajo tono de voz, farsas de tristeza llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, alteraciones del sueño.

Los casos de depresión en ocasiones pueden ir acompañados de abuso de alcohol u otras sustancias, o enfermedades crónicas (12).

DIAGNÓSTICO

A. Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE).

La Clasificación Internacional de Enfermedades, decima versión (CIE-10) en la categoría F32 incluye el episodio depresivo, que a su vez se subdivide en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Los episodios depresivos deben tener una duración de al menos dos semanas, acompañado como mínimo dos de tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de fatigabilidad.

B. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10 (13,14)

1. Criterios generales para episodio depresivo

- Debe durar al menos dos semanas



- No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

2. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo depresivo de carácter anormal en la persona, que persiste durante la mayor parte del día y casi todos los días, persistente durante al menos dos semanas.
- Pérdida marcada del interés en actividades comúnmente placenteras.

3. Deben estar presentes uno o mas síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de si mismo acompañado de sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva o inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañados de falta de decisión.
- Cambios de actividad psicomotriz, acompañado de agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) y peso.

4. Puede existir o no síndrome somático:

- **Episodio depresivo leve:** Presentes dos o tres síntomas del criterio 2. La persona con episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **Episodio depresivo moderado:** Presentes al menos dos síntomas del criterio 2 y síntomas del criterio 3 hasta sumar como mínimo 6 síntomas. La persona con episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- **Episodio depresivo grave:** Deben existir 3 síntomas del criterio 2 y síntomas del criterio 3 con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados, como pérdida de autoestima, sentimientos de culpa e inutilidad, frecuentemente están presentes las ideas suicidas acompañado de síntomas somáticos. Ocasionalmente podrían existir síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios o retardo psicomotor.



I. GENERALIDADES DE LA GPC

1.1. Conformación del Grupo Elaborador de la Guía de Práctica Clínica (GEG)

Inicialmente se realizaron reuniones previas a nivel directivo con establecimientos de salud de referencia en salud mental del país, donde se asignaron los representantes de cada institución. Posteriormente se realizó una clasificación de los actores participantes según su perfil profesional, experiencia en elaboración de GPCs e investigación entre otras, para ello se realizaron formularios virtuales. Este proceso permitió identificar a los profesionales que participarían en diferentes etapas de la elaboración de la presente guía (15).

El GEG de la presente guía estuvo conformado por expertos metodólogos de la UNAGESP/INS, el GEG del Hospital Víctor Larco Herrera, quienes participaron en todas las etapas del desarrollo de la presente GPC informada en evidencias y un panel de expertos clínicos de los institutos y hospitales de referencia en salud mental del país.

El panel de expertos estuvo conformado por médicos psiquiatras, médico de familia, psicólogos, psicoterapeutas, trabajadoras sociales y representantes de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Hospital Hermilio Valdizan, Hospital Víctor Larco Herrera y Centros de Salud Mental Comunitarios.

1.2. Declaración de conflictos de interés

Antes de iniciar la primera etapa del proceso de elaboración de la guía todos los miembros del GEG respondieron el “FOR-CNSP N°39 ED.01 Declaración de conflictos de interés” del INS. El análisis de los reportes fue realizado por el equipo metodológico de la guía. Ningún miembro declaró presentar conflictos de interés en los últimos 5 años en relación al tópico de la GPC. Los formularios físicos de estas declaraciones se encuentran en los repositorios del Instituto Nacional de Salud.

1.3. Financiamiento de la GPC

La presente GPC fue financiada por el Instituto Nacional de Salud y el Hospital Víctor Larco Herrera.



1.4. Alcance y objetivos de la GPC

El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico. Las pautas diagnósticas en los trastornos mentales se encuentran definidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS - décima versión (CIE-10). En la actualidad, estos criterios se encuentran establecidos y estandarizados en el Perú.

En este sentido, la presente GPC aborda el tratamiento de la Depresión en adultos y ofrece una serie de recomendaciones dirigidas a disminuir la variabilidad clínica, mejorar la calidad de atención y reducir la inequidad en la atención de pacientes con depresión en el Perú. Además podría considerarse como una referencia en el ámbito comunitario.

Objetivo general

Brindar recomendaciones informadas por la evidencia para el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de la depresión en adultos.

Objetivos Específicos

- Determinar el inicio del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en adultos con depresión.
- Determinar la mejor psicoterapia individual o grupal para el tratamiento de adultos con depresión.
- Determinar el tratamiento farmacológico más seguro y eficaz para el manejo de la depresión en adultos.



1.5. Población y usuarios diana

Población: La presente GPC presenta recomendaciones para el tratamiento de la depresión en adultos de ambos sexos. Ésta GPC no brinda recomendaciones aplicables en población pediátrica, gestantes, puérperas y adultos mayores.

Usuarios: Ésta GPC establece recomendaciones que podrán ser utilizadas por personal clínico asistencial que se encuentre a cargo del manejo de la depresión en adultos en los hospitales y Centros Comunitarios de Salud Mental (médicos generales, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales que colaboren en intervenciones para el tratamiento de la depresión en adultos).



II. RESUMEN DE RECOMENDACIONES

2.1. Lista de preguntas PICO

❖ Inicio de tratamiento:

1. ¿Cuándo está indicado iniciar un tratamiento con antidepresivos en pacientes con diagnóstico de depresión?
2. ¿Cuándo está indicado iniciar un tratamiento psicoterapéutico en pacientes con diagnóstico de depresión?

❖ Terapia combinada

3. En pacientes adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave, ¿El tratamiento psicoterapéutico combinado con tratamiento farmacológico, comparado con farmacoterapia sola, es más efectivo en la remisión de síntomas, mejor calidad de vida, recuperación funcional, disminución del riesgo suicida, intento de suicidio y suicidios?

❖ Psicoterapia individual y grupal

4. En adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave, ¿Cuál es el tratamiento psicoterapéutico sólo o en combinación con farmacoterapia, más efectivo entre terapia cognitivo conductual, interpersonal o racional emotiva, en términos de remisión de síntomas, mejor la calidad de vida, recuperación funcional, disminución del riesgo suicida, intento de suicidio y suicidio?
5. En adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave ¿Los grupos de ayuda mutua son más efectivos en comparación con la terapia familiar sistémica en la remisión de síntomas, mejor la calidad de vida, recuperación funcional, disminución del riesgo suicida, intento de suicidio y suicidios?
6. ¿Cuánto es el tiempo adecuado de tratamiento con psicoterapia (o número de sesiones necesarias) para obtener respuesta terapéutica, remisión de síntomas y recuperación funcional en pacientes con diagnóstico de depresión?



❖ **Eventos adversos de la farmacoterapia**

7. ¿En pacientes con diagnóstico de depresión leve o moderada, el uso de farmacoterapia es seguro en términos de interacciones medicamentosas y reacciones adversas?

2.2. Resumen de recomendaciones

N°	RECOMENDACIÓN
1	<p>1. a. Los antidepresivos están indicados para el inicio del tratamiento de adultos con episodios depresivos severos o muy severos. <i>(recomendación fuerte a favor de la intervención, basada en baja calidad de la evidencia)</i></p> <p>1. b. Los antidepresivos no deben usarse de manera rutinaria para tratar síntomas depresivos leves, pues el riesgo-beneficio no lo amerita. <i>(recomendación fuerte a favor de la intervención basada en baja calidad de la evidencia)</i></p>
2	<p>2. a. Todo paciente con depresión debe recibir intervenciones psicoterapéuticas desde el inicio del tratamiento, y dependerán de la necesidad del usuario y de los niveles de atención. <i>(Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en moderada calidad de evidencia)</i></p> <p>2. b. La intervención psicoterapéutica está indicada para el tratamiento de adultos con depresión moderada y severa. En especial, cuando el paciente presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contraindicación de manejo farmacológico. • Antecedentes clínicos de buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos (o antecedente de mala respuesta a la monoterapia con antidepresivos). • Alteraciones en el contexto psicosocial o crisis como desencadenante (duelo, divorcio reciente, disfunción familiar o de pareja, pérdida laboral, etc.). • Síntomas cognitivos y conductuales predominantes en el cuadro (predominan las ideas de corte depresivo y los pensamientos negativos). <p>Las intervenciones psicoterapéuticas podrán iniciar cuando el paciente lo solicite. <i>(Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en consenso de expertos)</i></p>
3	<p>3. a. En pacientes adultos con depresión severa, se recomienda usar la terapia combinada. <i>Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en moderada calidad de la evidencia</i></p> <p>3. b. En pacientes adultos con depresión moderada es necesario considerar pertinencia de brindar una terapia combinada (terapia farmacológica y psicoterapia). <i>Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en moderada calidad de la evidencia.</i></p>
4	<p>El panel de la Guía recomienda la terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal o terapia racional emotiva en pacientes con depresión moderada o severa, según el criterio clínico y las necesidades del paciente. <i>Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación basada en moderada calidad de la evidencia</i></p>



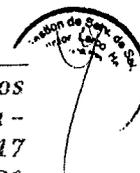
5	El panel de la Guía sugiere implementar grupos de ayuda mutua como una intervención en pacientes con diagnóstico de depresión moderada psicossocial. <i>Recomendación débil a favor de la intervención basada en muy baja calidad de evidencia</i>
6	En las intervenciones psicoterapéuticas la duración debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. El número de sesiones puede ampliarse dependiendo de las necesidades del paciente. <i>Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en moderada calidad de la evidencia</i>
7	Se recomienda iniciar el tratamiento de la depresión severa en adultos con IRSS. <i>Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en alta calidad de la evidencia</i> Consideraciones: Al prescribir un antidepresivo para el tratamiento de la depresión severa en adultos, el médico debe decidir el tipo de fármaco según el perfil de efectos adversos y el potencial de interacciones medicamentosas, considerando las preferencias y preocupaciones del paciente.

III. METODOLOGÍA

Esta GPC es parte de la iniciativa del Hospital Victor Larco Herrera (HVLH), como parte de su objetivo de brindar servicios especializados de la mejor calidad de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de Psiquiatría y Salud Mental a la población en general. Para ello, es indispensable contar con herramientas que faciliten la estandarización de los procesos de atención brindados. El panel de expertos conformado por psiquiatras de los tres hospitales especializados de Lima (Hospital Victor Larco Herrera, Hospital Hermilio Valdizan e Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi) y de ESSALUD, realizaron un proceso de priorización de tópicos, identificando como tema principal para ser abordado por una GPC el tratamiento de la depresión en adultos. Durante todo el proceso se consideró las pautas descritas en el Documento Técnico Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica (16).

3.1. Formulación de las preguntas

Las preguntas clínicas se formularon en formato **PICO** (population, intervention, comparison y outcome, *por sus siglas en inglés*), fueron validadas con la participación de actores clave en el tratamiento de adultos con depresión y tomadores de decisión del Ministerio de Salud. Estas preguntas fueron priorizadas según los alcances de la GPC.



3.2. Búsqueda sistemática y evaluación de la calidad de GPC

Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica en bases de datos, metabuscadores y repositorios de GPC en Páginas Web de instituciones desarrolladoras de guías reconocidas a nivel internacional (Anexo A)(16).

Bases de datos y metabuscadores: MEDLINE/PubMed y TripDatabase

Repositorios de GPC: Guidelines International Network (GIN), National Institute for Clinical Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), New Zealand Guidelines Group (NZGG), Canadian Medical Association (CMA), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Kingdom of Arabia Saudi-Ministry of Health Portal, U.S.Preventive Services Task Force, Guías de Práctica Clínica-Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD), Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México (CENETEC), Guías Clínicas AUGÉ-Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud de España (GUIASALUD.ES), Ministerio de Salud Pública de Ecuador y Ministerio de Salud de Perú (MINSAL).

Evaluación de la calidad de GPC

Primero se realizó una selección de título y resumen de las guías, mediante pares del GEG del HVLH y el equipo metodológico del INS. Posterior a ello se realizó una preselección de GPC mediante un instrumento diseñado previamente, la evaluación de la calidad se realizó aplicando la herramienta AGREE II (17) a través de su plataforma virtual (<http://www.agreetrust.org>).

La búsqueda logró recuperar 31 guías, de las cuales 28 fueron excluidas aplicando el instrumento de preselección de GPC según los criterios de: rigurosidad de la guía, año de publicación, similitud con la población objetivo y coincidencia con el tópico de estudio. Luego del filtro, se evaluó la calidad de tres guías mediante la herramienta AGREE II (17).

La GPC para la “Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adulto” de Colombia (18), alcanzó un 92% en evaluación global de la guía, a diferencia de la GPC “Depression” de Singapur y la “GPC sobre el manejo de la depresión en el adulto” de España (19) que obtuvieron 42% y 83% respectivamente. Ya que la guía de



Colombia y de España fueron de buena calidad se decidió elegir la guía que haya presentado porcentajes mayores al 60% de la evaluación mediante AGREE II en el Dominio 1: Alcance y objetivos, Dominio 3: Rigor en la elaboración y Dominio 5: Aplicabilidad, y que sus preguntas PICO puedan cubrir el alcance de la guía a elaborar, de este modo la GPC de Colombia fue seleccionada para la adaptación (Anexo A) (17).

3.3. Proceso de revisión y síntesis del conjunto de la evidencia

Se identificaron y analizaron las estrategias de búsqueda de las preguntas clínicas de la GPC de Colombia. Las búsquedas fueron replicadas para incluir la evidencia disponible del periodo no cubierto.

La búsqueda sistemática se realizó en múltiples bases de datos como: MEDLINE/PubMed, EMBASE/Ovid, Cochrane Library, LILACS y SciELO, tomando en consideración los niveles de jerarquía de evidencia, iniciando con revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y estudios de observacionales.

3.4. Gradación del cuerpo de la evidencia

El conjunto de evidencia resultante de la búsqueda, fue seleccionada por título y resumen por dos miembros del GEG del HVLH y dos metodólogos del INS, luego se revisaron a texto completo los artículos seleccionados, las discrepancias entre revisores fueron resueltas por consenso.

La calificación del cuerpo de la evidencia se realizó utilizando del sistema GRADE (20).

Niveles de evidencia:

Calidad de la evidencia GRADE	Características
<p>Alta</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ⊕</p>	Existe muy poca probabilidad que nuevos estudios cambien la certeza de los resultados.
<p>Moderada</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>	Probablemente puedan existir nuevos estudios que influyan en la confianza de los resultados estimados y puedan modificarlo.



Baja 	Es muy probable que nuevos estudios influyan en la confianza de los resultados estimados y los modifiquen.
Muy baja 	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

3.5. Formulación de las recomendaciones

La formulación de recomendaciones se efectuó por medio del sistema GRADE (20), que permitió integrar la mejor evidencia y la experiencia clínica de los miembros del GEG. Cada pregunta contaba con una tabla de evidencia GRADE construida en etapas previas del desarrollo de la guía. Los diálogos deliberativos guiaron la participación de los expertos en la elaboración de recomendaciones a través la metodología GRADE (21).

Fuerza de la recomendación:

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Los efectos deseables superan los efectos indeseables. Se recomienda hacerlo
Debil a favor	Los efectos deseables probablemente superan los efectos indeseables. Se sugiere hacerlo
Débil en contra	Los efectos indeseables probablemente superan los efectos deseables. Se sugiere no hacerlo
Fuerte en contra	Los efectos indeseables superan los efectos deseables. Se recomienda no hacerlo

3.6. Metodología para la participación de los pacientes

Para la incorporación de la perspectiva de los pacientes, el GEG decidió utilizar una guía de entrevista informal semi-estructurada con preguntas abiertas dirigidas a recolectar la percepción de los pacientes en relación a la elección del tipo de tratamiento y los eventos adversos de los mismos. Esta guía fue validada por clínicos y metodólogos, aplicada de manera voluntaria,



intencional por oportunidad y mediante conversación informal a dos pacientes con tratamiento controlado y en seguimiento, que acudieron a la consulta externa de psiquiatría del HVLH. Adicionalmente se realizó una búsqueda de evidencia cualitativa que pueda darnos una perspectiva sobre la opinión de los pacientes.

3.7. Actualización de la GPC

Esta GPC será actualizada en un plazo de 3 años (22). De existir nueva evidencia que pueda modificar o generar nuevas recomendaciones, deberá realizarse la actualización de la presente guía. Los temas no considerados en esta guía deberán ser abordados en la actualización.

IV. DESARROLLO DE LAS RECOMENDACIONES

4.1. Recomendaciones para el inicio de tratamiento de la depresión en adultos

1. ¿Cuándo está indicado iniciar un tratamiento con antidepresivos en pacientes con diagnóstico de depresión?

Recomendación 1:

1. a. Los antidepresivos están indicados para el inicio del tratamiento de adultos con episodios depresivos severos o muy severos.

Recomendación fuerte a favor de la intervención, basada en baja calidad de la evidencia

1. b. Los antidepresivos no deben usarse de manera rutinaria para tratar síntomas depresivos leves, pues el riesgo-beneficio no lo amerita.

Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en baja calidad de la evidencia

Punto de buena práctica clínica:

- Al momento de prescribir antidepresivos es necesario explorar las preocupaciones de los pacientes en cuanto a tomar medicamentos.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación

Se realizó una búsqueda sistemática de la evidencia en múltiples bases de datos hasta el 26 de julio de 2017, se adaptaron y modificaron las estrategias de búsqueda de guía Colombiana. Del total de artículos resultado de la búsqueda, se seleccionaron 26 mediante la lectura de título y



resumen, los mismos que fueron revisados a texto completo, para finalmente seleccionar 3 artículos que respondían a la pregunta.

Furnier et al (2010), elaboraron un metaanálisis de 6 estudios, que incluyeron 718 pacientes adultos ambulatorios con el objetivo de describir el beneficio relativo de utilizar medicación en pacientes con un amplio rango de severidad de síntomas depresivos iniciales, en comparación con el placebo. De los estudios incluidos 3 usaron antidepresivos tricíclicos (ATC) y 3 inhibidores de la receptación selectiva de serotonina (IRSS)(23).

Los hallazgos del Metaanálisis reportan que el tamaño del efecto antidepresivo de la medicación varía en función de la severidad de los síntomas y que los pacientes con depresión muy severa fueron los que obtuvieron un beneficio significativo con la intervención. Todos los estudios utilizaron escala de Hamilton (HDRS) para medir la severidad de los síntomas.

Así, en pacientes con puntajes en la HDRS > de 25, el tamaño del efecto fue $d=0,53$; IC 95% (0,19 a 0,86). En pacientes que presentaron un puntaje de 27 en la HDRS, el tamaño de efecto fue $d=0,81$; IC 95% (0,30 a 1,32)(23). Este Metaanálisis sustenta el uso de antidepresivos cuando las depresiones son muy severas. Por otro lado, los pacientes con síntomas leves o moderados no evidenciaron cambios significativos con la intervención. La evidencia fue de baja calidad ya que los criterios de inclusión eran estudios aleatorizados comparados con placebo autorizados por la FDA, pero no incluyen información sobre enmascaramiento o cegamiento. En cinco de los seis estudios existe análisis por intención de tratar. El metaanálisis presenta fuerte sospecha de sesgo de publicación.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Los medicamentos antidepresivos tienen efectos beneficiosos y adversos. En los pacientes con depresión leve, los efectos adversos son más fácilmente percibidos ya que el beneficio no es evidente, en cambio, en pacientes con depresión muy severa los beneficios son más claros y los eventos adversos son mejor tolerados.

Valores y preferencias

Se aplicó una entrevista informal semi-estructurada con preguntas abiertas dirigidas a recolectar la percepción de los pacientes en relación al inicio del tratamiento farmacológico en comparación de la psicoterapia.



Los pacientes con sintomatología depresiva de moderada a severa refirieron que si pudieran elegir el tipo de tratamiento con el cual serían tratados, preferirían tanto antidepresivo como psicoterapia. Algunos pacientes refirieron temor respecto a la posibilidad de “hacerse dependiente” a la medicación. Los efectos adversos más comunes serían gastrointestinales y la sedación.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda de estudios que permitan conocer las preferencias de los pacientes. Según el estudio de **Kwan et al (2010)**, el 48,1% de los pacientes prefirieron psicoterapia, el 17,9% prefirieron antidepresivos y el 34% no tenía preferencia. Los participantes presentaban resultados más altos de abandono, si los asignaban al grupo que no preferían (24).

Raue (2009), reportaron que todos los pacientes a quienes se les asignó una intervención de su preferencia (psicoterapia o antidepresivo) iniciaron el tratamiento, mientras que solo el 74% de los pacientes que fueron asignados a un tratamiento que no estaba en su preferencia lo iniciaron; la asociación entre iniciación del tratamiento y las preferencias más fuertes fue de $OR = 5,3$ (IC 95%: 4,3; 6,3) y la expectativa de mejoría con el tratamiento asignado fue de $OR = 2,5$ (IC 95%: 1,9; 3,1) (25).

Aceptabilidad

La intervención es aceptable por el personal de salud.

Factibilidad

La intervención podría ser factible de implementar tomando en cuenta su implementación de acuerdo al modelo comunitario, el acceso a los servicios de salud, la capacitación del personal y la disponibilidad de los medicamentos en el país.

Uso de recursos

No existen estudios económicos desarrollados en el país.

Sin embargo, los medicamentos utilizados en trastornos depresivos como los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS) se encuentran en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) del Perú, instrumento para promover la racionalidad y la eficiencia en la utilización de medicamentos. Correctamente aplicado, el petitorio contribuye a optimizar la calidad de atención y gastos en



los sistemas de salud. Los medicamentos esenciales son aquellos que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población; por tanto, esos productos deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran (26).

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El balance entre los efectos deseables e indeseables varía entre la intervención y la comparación.

El panel de la guía sugirió que en los casos de depresión moderada sería necesario considerar la comorbilidad para decidir la intervención.

En base a lo previamente expuesto el panel de expertos recomendó: “Los antidepresivos están indicados para el inicio del tratamiento de adultos con episodios depresivos severos o muy severos. Los antidepresivos no deben usarse de manera rutinaria para tratar síntomas depresivos leves, pues el riesgo-beneficio no lo amerita. En caso de depresión moderada, el inicio del tratamiento no existe consenso y no se puede brindar una recomendación”.

En caso de depresión moderada, el inicio del tratamiento no existe consenso y no se puede brindar una recomendación.

2. ¿Cuándo está indicado iniciar un tratamiento psicoterapéutico en pacientes con diagnóstico de depresión?

Recomendación 2:

2. a. Todo paciente con depresión debe recibir intervenciones psicoterapéuticas desde el inicio del tratamiento, y dependerán de la necesidad del usuario y de los niveles de atención.

(Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en moderada calidad de evidencia)

2. b. La intervención psicoterapéutica está indicada para el tratamiento de adultos con depresión moderada y severa. En especial, cuando el paciente presenta:

- Contraindicación de manejo farmacológico
- Antecedentes clínicos de buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos (o antecedente de mala respuesta a la monoterapia con antidepresivos).
- Alteraciones en el contexto psicosocial o crisis como desencadenante (duelo, divorcio reciente, disfunción familiar o de pareja, pérdida laboral, etc.).
- Síntomas cognitivos y conductuales predominantes en el cuadro (predominan las ideas de corte depresivo y los pensamientos negativos).

Las intervenciones psicoterapéuticas podrán iniciar cuando el paciente lo solicite.

(Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en consenso de expertos)

- Versión extensa -

Serie Guías Práctica Clínica N° 01-2017

pág. 28



Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación

Se realizó una búsqueda sistemática de la evidencia en múltiples bases de datos hasta el 26 de julio de 2017. De total de artículos resultado de la búsqueda, se seleccionaron 18 artículos mediante la lectura de título y resumen, los mismos que fueron revisados a texto completo, para finalmente seleccionar 3 artículos que respondían a la pregunta.

Driessen (2010), mediante un metaanálisis evaluaron si el grado de severidad previo al tratamiento influye en la respuesta del mismo. Encontraron que el tratamiento psicoterapéutico es consistentemente superior a condiciones control en el manejo del trastorno depresivo. El tratamiento psicológico mostró ser consistentemente superior a las condiciones control que fueron lista de espera, manejo usual u otras intervenciones; (evaluado con BDI, $d\ cohen = 0,80$; IC 95%: 0,69 a 0,91; evaluado con HDRS, $d\ cohen = 0,88$; IC 95%: 0,74 a 1,01; evaluado con BDI-II, $d\ cohen = 0,4$, IC 95%: 0,16 a 0,65). El tamaño del efecto es mayor a medida que la severidad del cuadro depresivo sea mayor antes del tratamiento (evaluado por criterios DSM IV o por punto de corte en las escalas BDI o HDRS) en el caso de la activación comportamental y la terapia interpersonal (para depresión de “alta severidad”: $d\ cohen = 0,63$; IC 95%: 0,31 a 0,94; $Z = 3,94$; $p = 0,01$; para depresión de “baja severidad”, $d\ cohen = 0,22$; IC 95%: -0,05 a 0,49]; $Z = 1,62$; $p = ,11$) (27).

El análisis de los desenlaces de los tratamientos psicológicos en pacientes con depresión de baja severidad, resultó un tamaño del efecto acumulado de: $d\ cohen = 0,23$; (IC 95%: 0,02 a 0,43); $Z = 2,18$; $p = 0,03$. Al combinar los desenlaces de los datos de tratamientos psicológicos de Alta severidad entre los subgrupos de los estudios el tamaño del efecto acumulado es: $d\ cohen = 0,39$; (IC 95%: 0,15 a 0,64); $Z = 3,16$; $p = 0,00$) (27). La calidad de la evidencia fue baja ya que existía fuerte sospecha de sesgo de publicación, los criterios de evaluación de la calidad de los estudios incluidos no fueron claros y no existió cegamiento.

Furukawa (2017), elaboraron un metaanálisis para determinar la eficacia de la TCC individual relacionada con la severidad de los síntomas depresivos antes del tratamiento. Un grupo de pacientes recibieron píldoras de placebo durante 8 a 16 semanas y el otro grupo TCC durante 16 semanas, reportando que al evaluar la intervención, no se incrementan los resultados conforme a la severidad basal de la depresión, cuando se midió tanto por reporte de pacientes o escalas



clínicas (28). El metaanálisis fue de alta calidad, solo un estudio presentó riesgo de sesgo incierto en la ocultamiento de la secuencia de asignación.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Los efectos beneficiosos esperados, fueron considerados moderados, mientras que los efectos indeseables fueron pequeños. En el caso de la depresión severa se consideró que podría ser riesgoso intervenir sólo con psicoterapia.

La intervención psicoterapéutica como inicio de tratamiento es beneficiosa en la depresión leve y en la moderada, pero es riesgosa en la depresión severa ya que puede existir riesgo latente de ideación suicida.

Valores y preferencias

Fue realizada una encuesta a pacientes que acudieron a consulta ambulatoria de un hospital especializado para determinar sus preferencias con respecto al tratamiento psicológico comparado con el farmacológico. Los pacientes que asistieron a tratamiento por primera vez, presentando síntomas depresivos leves, manifestaron que preferían iniciar su tratamiento con psicoterapia; por otro lado, los que tuvieron síntomas depresivos más severos prefirieron iniciar el tratamiento farmacológico para conseguir la mejoría más rápidamente.

Aceptabilidad

La intervención es aceptable por el personal de salud.

Factibilidad

La factibilidad de la intervención podría ser posible teniendo en cuenta que debe dar cumplimiento a lo establecido según la Ley, siguiendo el modelo comunitario, implementando los servicios de salud, fortaleciendo los niveles de atención, realizando la capacitación certificada en psicoterapia y fortaleciendo la formación de recursos humanos.

Uso de recursos

No existen estudios económicos desarrollados en el país.

Sin embargo, se deben considerar los costos y recursos asociados a la capacitación de los profesionales de salud que puedan brindar intervenciones psicoterapéuticas.



Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

En conclusión, el grupo elaborador y el panel de expertos en relación a lo expuesto previamente sugirió que todo paciente con depresión debe recibir intervenciones psicosociales desde el inicio del tratamiento y estas dependerán de la necesidad del usuario y de los niveles de atención. La intervención psicoterapéutica está indicada para el tratamiento de adultos con depresión moderada y severa en especial, cuando existe contraindicación de manejo farmacológico (embarazo, lactancia, enfermedad médica compleja con polifarmacia, presencia de interacciones con otros medicamentos), si hay antecedentes de buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos (o antecedente de mala respuesta a la monoterapia con antidepresivos), si existen alteraciones en el contexto psicosocial o crisis como desencadenante (duelo, divorcio reciente, disfunción familiar o de pareja, pérdida laboral, etc.), si en el cuadro depresivo predominan los síntomas cognitivos y conductuales (pensamientos negativos de corte depresivo) y cuando el paciente lo solicite.

4.2. Recomendaciones para la terapia combinada

3. En pacientes adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave, ¿El tratamiento psicoterapéutico combinado con tratamiento farmacológico, comparado con farmacoterapia sola, es más efectivo en la remisión de síntomas, mejor calidad de vida, recuperación funcional, disminución del riesgo suicida, intento de suicidio y suicidios?

Recomendación 3:

3. a. En pacientes adultos con depresión severa, se recomienda usar la terapia combinada.

Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en moderada calidad de la evidencia

3. b. En pacientes adultos con depresión moderada es necesario considerar pertinencia de brindar una terapia combinada (terapia farmacológica y psicoterapia).

Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en moderada calidad de la evidencia.

Consideraciones adicionales:

- Se debería garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten.
- Todas las intervenciones terapéuticas deben ser provistas por profesionales competentes o entrenados (psiquiatras, médicos, psicólogos clínicos, enfermeras entrenadas en salud mental) en el modelo terapéutico usado (basado en un manual).
- Los terapeutas deben recibir supervisión regularmente y evaluar los resultados de las intervenciones de manera periódica.



Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación

Se realizó una búsqueda sistemática de la evidencia en múltiples bases de datos hasta el 26 de julio de 2017. De total de artículos resultado de la búsqueda, se seleccionaron 15 artículos mediante la lectura de título y resumen, los mismos que fueron revisados a texto completo, para finalmente seleccionar 1 artículo que respondían a la pregunta.

En el metaanálisis de **Cuijpers et al (2009)**, se compararon las tasas de deserción de los tratamientos farmacológico y combinado en 19 estudios, reportaron tasas de abandono significativamente menor en el tratamiento combinado en comparación con la farmacoterapia sola (OR = 0,65; IC del 95%, 0,50-0,83; Z = -3,44; P < .01), casi sin heterogeneidad (Q = 18.11, NS, I² = 0.62) (29). La calidad de la evidencia fue moderada, las intensidades y duraciones de los tratamientos fueron variables y por lo tanto los tiempos de seguimiento de los pacientes.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

La terapia combinada presenta beneficios para el usuario, ya que interviene en el componente biológico del trastorno, así como el componente psicológico. Es decir, se estaría brindando un tratamiento integral. Así mismo, la terapia combinada es positiva, ya que los fármacos y la psicoterapia se complementan. El tratamiento farmacológico, aún no teniendo efectos inmediatos, brinda una mejoría de los síntomas aproximadamente a las 2 semanas. Mientras que la psicoterapia, puede tardar un mayor tiempo para evidenciar respuesta.

Los daños potenciales de la terapia combinada, son la presentación de eventos adversos de la medicación, como disminución de la libido, efectos gastrointestinales o una respuesta parcial de la sintomatología. Respecto a la psicoterapia, el daño potencial, no se derivan del procedimiento en sí, si no de quien la aplica o del sistema que la administra. Es decir, ausencia de personal adecuadamente entrenado.

Valores y preferencias

En la encuesta realizada a pacientes ambulatorios, algunos manifestaron desear la terapia combinada, pues la aprecian como dos formas de intervención que recibirán. Es decir, dos



métodos de tratamiento. Otros pacientes, manifiestan que prefieren los medicamentos, pues los consideran más efectivos.

Aceptabilidad

Esta recomendación si cuenta con la aceptabilidad del personal de salud.

Factibilidad

Esta recomendación es factible de ser implementada, siempre y cuando se garantice una adecuada distribución de psicofármacos antidepresivos en lugares donde la incidencia de depresión moderada y severa sea alta y además capacitando personal en técnicas psicoterapéuticas.

Uso de recursos

No contamos en el país con estudios económicos se esta intervención.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El balance es a favor de la intervención.

El panel de la guía sugirió que para poder implementar la recomendación es necesario:

- Garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten.
- Todas las intervenciones terapéuticas deben ser provistas por profesionales competentes o entrenados (psiquiatras, médicos, psicólogos clínicos, enfermeras entrenadas en salud mental) según el modelo de salud mental comunitario (30)

Los terapeutas deben recibir supervisión regularmente y evaluar los resultados de las intervenciones de manera periódica.

4.3. Recomendaciones para la psicoterapia individual y grupal

4. En adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave, ¿Cuál es el tratamiento psicoterapéutico solo o en combinación con farmacoterapia, más efectivo entre terapia cognitivo conductual, interpersonal o racional emotiva, en términos de remisión de síntomas, mejor la calidad de vida, recuperación funcional, disminución del riesgo suicida, intento de suicidio y suicidio?



Recomendación 4:

El panel recomienda la terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal o terapia racional emotiva en pacientes con depresión moderada o severa, según el criterio clínico y las necesidades del paciente.

Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación, basada en moderada calidad de la evidencia.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación

Se realizó una búsqueda sistemática de la evidencia en múltiples bases de datos hasta el 26 de julio de 2017. De total de artículos resultado de la búsqueda, se seleccionaron 12 artículos mediante la lectura de título y resumen, los mismos que fueron revisados a texto completo, para finalmente seleccionar 1 artículo que respondían a la pregunta.

No se encontraron artículos que comparen las tres intervenciones, pero se logró recuperar artículos que hacían la comparación entre la terapia cognitiva conductual con la terapia racional emotiva, y con la terapia interpersonal de manera independiente. Los artículos mencionan que la terapia cognitiva conductual es la más estudiada, mientras que para las otras psicoterapias existían pocos estudios de calidad que respalden su efectividad.

Cuijpers et al (2013), elaboraron un metaanálisis para determinar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en comparación con otras psicoterapias y farmacoterapia con antidepresivos. El metanálisis no incluyó la terapia racional emotiva, pero sí tenía información sobre la terapia interpersonal. En relación a los efectos de la psicoterapia, fueron medidos mediante 46 estudios, se comparó los efectos de la TCC frente a otras psicoterapias. La única psicoterapia que tuvo un efecto similar a la TCC fue la terapia psicodinámica (basado en 5 estudios; IC 95%: -0,07 a 0,58). Por otro lado, al comparar TCC con TIP los estudios reportaron que el efecto de la TIP no es significativo con respecto a la TCC (g : -0.09; IC 95%: -0.39 a 0.20).

Al evaluar los efectos de las intervenciones psicoterapéuticas con el Inventario de Depresión de Beck, los estudios reportaron que en la comparación de TCC con TIP, los efectos más grandes se presentaron en las terapias de soporte (g : 0.26; IC 95%: -0.28 a 0.79) y la terapia



psicodinámica ($g: 0.27$; IC 95%: -0.26 a 0.80), mientras que con la TIP los efectos no fueron significativos

($g: -0.21$; IC 95%: -0.46 a 0.04) (31). El metaanálisis fue de mediana calidad, los estudios incluidos presentaron riesgo de sesgo bajo e incierto.

En relación a la TRE, la búsqueda logró recuperar un estudio de calidad moderada. **David, Szentagotai, Lupu y Cosman (2008)**, diseñaron un ensayo clínico para determinar la eficacia de la TRE, TCC y farmacoterapia en 170 pacientes con depresión mayor sin síntomas psicóticos, el seguimiento fue realizado durante 14 semanas para cada intervención, los desenlaces fueron medidos con la Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión (HAM-D) y el Inventario de depresión de Beck (BDI). El ensayo reportó que luego de las 14 semanas de tratamiento el 50% (28/56) de pacientes del grupo de la TCC presentó remisión de síntomas y en el grupo de pacientes con TRE fue de 43.9% (25/57). A los 6 meses de seguimiento de las intervenciones, los efectos no variaron significativamente para la TCC, es así que el 52.1% (25/48) de pacientes del grupo de la TCC presentó remisión de síntomas, sin embargo, en el grupo de pacientes con TRE existió un incremento de la remisión de síntomas con un 49.0% (24/49) de pacientes. Los desenlaces fueron medidos con ambos instrumentos mencionados anteriormente (32). El estudio fue de calidad moderada ya que no existió aleatorización en la selección de los pacientes.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Tanto los beneficios y los daños potenciales son considerados pequeños. Es importante señalar que existen estudios que demuestran que más que el tipo de psicoterapia empleada es la relación paciente- terapeuta lo que incrementa la efectividad de la psicoterapia siempre y cuando la psicoterapia sea brindada adecuadamente por un personal capacitado.

Valores y preferencias

Se realizó una encuesta a pacientes que acudieron a la consulta ambulatoria de un hospital especializado en relación preferencias sobre el inicio del tratamiento farmacológico en comparación de la psicoterapia en términos generales sin especificar el tipo de psicoterapia.



Los pacientes con sintomatología depresiva de moderada a severa refirieron que si pudieran elegir el tipo de tratamiento con el cual serían tratados, preferirían tanto antidepresivo como psicoterapia.

Aceptabilidad

La intervención es aceptable por el personal de salud.

Factibilidad

La intervención podría ser factible tomando en cuenta que su implementación deberá estar de acuerdo al modelo comunitario, el acceso a los servicios de salud, la capacitación del personal y la disponibilidad de los medicamentos en el país.

Uso de recursos

No existen estudios económicos desarrollados en el país.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El panel de expertos de la guía recomienda la elección del tipo de psicoterapia (terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal o terapia racional emotiva) en pacientes con depresión moderada o severa debe hacerse según el criterio clínico y de acuerdo a las necesidades del paciente.

5. En adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave ¿Los grupos de ayuda mutua son más efectivos en comparación con la terapia familiar sistémica en la remisión de síntomas, mejor la calidad de vida, recuperación funcional, disminución del riesgo suicida, intento de suicidio y suicidios?

Recomendación 5:

El panel de la Guía sugiere implementar grupos de ayuda mutua como una intervención en pacientes con diagnóstico de depresión moderada psicossocial.

Recomendación fuerte a favor de la intervención, basada en muy baja calidad de la evidencia



Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación

Se realizó una búsqueda sistemática de la evidencia en múltiples bases de datos hasta el 26 de julio de 2017. De total de artículos resultado de la búsqueda, se seleccionaron 7 artículos mediante la lectura de título y resumen, los mismos que fueron revisados a texto completo, para finalmente seleccionar 2 artículos que respondían a la pregunta.

No se encontraron artículos que comparen ambas intervenciones, pero se logró recuperar un artículo que reportaba la eficacia de la Terapia Familiar Sistémica (TFS).

Henken, Huibers, Churchill, Restifo y Roelofs (2007), elaboraron una revisión de la literatura para evaluar la eficacia de la terapia familiar en el manejo de la depresión. El análisis de 6 estudios observacionales reportó que cuando se compara la efectividad de la terapia familiar con la efectividad de intervenciones grupales, intervenciones cognitivas o de comportamiento individuales, no queda claro si la terapia familiar es una intervención efectiva. No hay evidencia sobre las consecuencias potencialmente adversas de este tipo de intervención(33). La calidad de la evidencia fue muy baja ya que tres de los seis estudios presentaron riesgo de sesgo.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Ante la falta de evidencia para terapia de familia, los grupos de autoayuda podrían resultar potencialmente beneficiosos como una intervención en pacientes adultos.

Valores y preferencias

Los pacientes ven positivamente las intervenciones grupales y familiares como parte de un tratamiento integral de la depresión.

Aceptabilidad

Si existe aceptabilidad por parte del equipo de salud.

Factibilidad

La implementación de esta recomendación dependerá de tener suficientes psicoterapeutas para intervenir en las personas.



Uso de recursos

No hay estudios de económicos, sin embargo, para la implementación se debe considerar los costos y recursos para la capacitación de los profesionales de la salud en estas técnicas.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El balance es probablemente a favor de la intervención.

6. ¿Cuánto es el tiempo adecuado de tratamiento con psicoterapia (o número de sesiones necesarias) para obtener respuesta terapéutica, remisión de síntomas y recuperación funcional en pacientes con diagnóstico de depresión?

Recomendación 6:

En las intervenciones psicoterapéuticas la duración debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. El número de sesiones puede ampliarse dependiendo de las necesidades del paciente.

Recomendación fuerte a favor de la intervención, basada en moderada calidad de la evidencia.

Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación

Se realizó una búsqueda sistemática de la evidencia en múltiples bases de datos hasta el 26 de julio de 2017. De total de artículos resultado de la búsqueda, se seleccionaron 4 artículos mediante la lectura de título y resumen, los mismos que fueron revisados a texto completo, para finalmente seleccionar 1 artículo que respondían a la pregunta.

Manber (2008), realizaron un estudio con la finalidad de analizar la comparación entre psicoterapia, farmacoterapia y la terapia combinada, en términos de tiempo de remisión de síntomas depresivos durante 12 semanas. El estudio encontró diferencias grupales significativas en el tiempo de remisión ($X^2=38.2$; $p<0.0001$); con el grupo que recibió tratamiento con ambas intervenciones o tratamiento combinado mostraron un tiempo más rápido de remisión de síntomas, que los que recibieron solo farmacoterapia [$\text{Exp}(B)=0.50$; IC 95%: 0.33 a 0.77; $\text{wald}=9.8$, $p=0.002$]; y psicoterapia [$\text{Exp}(B) = 0.46$; IC 95%: 0.30 a 0.71; $\text{wald}=12.4$, $p<0.001$](34). La calidad de evidencia del estudio fue moderada, es un reanálisis de datos archivados de un estudio de depresión crónica multicéntrico, donde se indica que se realizó aleatorización, pero no se brinda mayor información.



Al evaluar el efecto en 11 momentos de la intervención (11 niveles) alcanzó significancia con $wald=19.2$, $p=0.058$. El tratamiento combinado de antidepresivo y psicoterapia resultan en remisiones más rápidas de depresión a partir de la semana 6.

Kontunen (2016), realizaron un estudio para comparar la eficacia de la consejería interpersonal durante 7 sesiones frente a la terapia interpersonal de 16 sesiones. No hubo diferencia estadísticamente significativa en los cambios en mediciones de resultados clínicos entre los grupos de tratamiento, es decir, que ambos grupos se beneficiaron de los tratamientos, y hubo diferencias grandes y significativas ente los puntajes inicial y final en todas las escalas (**CORE-OM**: $IPC d\ cohen=1.516$; IC 95%: 0.788 a 2.244; **IPT** $d\ cohen = 1.575$; IC 95%: 0.866 a 2.285; **BDI**: $IPC d\ cohen =1.414$; IC 95%: 0.584 a 2.244; **IPT** $d\ cohen =1.397$; IC 95%: 0.627 – 2.168). No se encontraron diferencias significativas en cambios clínicos, entre los grupos, después de 12 meses de seguimiento ($\chi^2 = 1.924$, $de=2$ $p=0.382$) (35). La calidad de la evidencia fue muy baja, ya que el estudio presentó alto riesgo de sesgo en el ocultamiento de la secuencia aleatoria y en el enmascaramiento de las intervenciones.

Steidman (2013), elaboraron un estudio para determinar el número de sesiones psicoterapéuticas necesarias para la remisión de síntomas, utilizando CBASP (Sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia), dos veces por semana durante semana 1-4 y semanalmente durante las semanas 5-12 más un medicamento antidepresivo (Nefazodone). A pesar que la reducción de síntomas antes del punto medio de tratamiento no predijo significativamente el estado de remisión, la no remisión fue detectada tan temprano como el punto medio de tratamiento (semana 6). La predicción de punto medio fue particularmente buena entre aquellos que recibieron psicoterapia combinada con medicación antidepresiva (36).

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Los beneficios son considerados como moderados y los daños como pequeños lo cual nos lleva a considerar que probablemente favorece a la intervención.

Valores y preferencias

Se realizó una encuesta a pacientes que acudieron a la consulta ambulatoria de un hospital especializado en relación preferencias sobre el inicio del tratamiento farmacológico en comparación de la psicoterapia, pero no se consideró un tipo de psicoterapia específico.



Aceptabilidad

La intervención es aceptable por el personal de salud.

Factibilidad

La intervención podría ser factible de implementar capacitando al personal convirtiéndolo en un especialista certificado y con experiencia.

Uso de recursos

No existen estudios económicos desarrollados en el país.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El panel de la guía sugirió que la duración de las intervenciones psicoterapéuticas debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses y dependiendo de las necesidades del paciente el número de sesiones puede ampliarse. Es importante señalar que de la motivación del paciente depende la continuidad del tratamiento.

4.4. Recomendaciones para los eventos adversos de la farmacoterapia

7. ¿En pacientes con diagnóstico de depresión leve o moderada, el uso de farmacoterapia es seguro en términos de interacciones medicamentosas, reacciones adversas?

Recomendación 7:

Se recomienda iniciar el tratamiento de la depresión severa en adultos con IRSS.

Recomendación fuerte a favor de la intervención, basada en alta calidad de la evidencia

Considerando:

Consideraciones:

Al prescribir un antidepresivo para el tratamiento de la depresión severa en adultos, el médico debe decidir el tipo de fármaco según el perfil de efectos adversos y el potencial de interacciones medicamentosas, considerando las preferencias y preocupaciones del paciente.



Descripción del proceso de interpretación de la evidencia que realizó el GEG para elaborar la recomendación



Se realizó una búsqueda sistemática de la evidencia en múltiples bases de datos hasta el 26 de julio de 2017. De total de artículos resultado de la búsqueda, se seleccionaron 4 artículos mediante la lectura de título y resumen, los mismos que fueron revisados a texto completo, para finalmente seleccionar 1 artículo que respondían a la pregunta.

Cipriani (2009), realizaron un metaanálisis de tratamientos múltiples que incluyó 117 ensayos controlados aleatorizados que compararon cualquier de los siguientes antidepresivos en rango de dosis terapéutica para el tratamiento agudo de depresión: bupropion, citalopram, duloxetina, escitalopram. Fluoxetina, fluvoxamina, milnacipran, mirtazapina, paroxetina, reboxetina, sertralina, y venlafaxine, para determinar tasa de respuesta y deserción. Al comparar escitalopram con mirtazapina, se encontró que mirtazapina presenta mayor eficacia: OR: 0.96 (0.76-1.19) pero escitalopram presenta menos efectos adversos OR: 0.81 (0.62 – 1.07). Al comparar mirtazapina con sertralina se encontró que mirtazapina presenta mayor eficacia: OR: 1.10 (0.90-1.36) sertralina tiene menos eventos: OR: 1.17 (0.91-1.51). Los autores encontraron diferencias clínicas importantes entre los antidepresivos prescritos comúnmente tanto para eficacia como aceptabilidad en favor de escitalopram y sertralina (37).

Galling (2015), elaboraron un metaanálisis exploratorio, donde compararon la seguridad de con-tratamiento antidepresivo para adultos con desorden depresivo mayor agudo. Los autores encontraron que adicionar NaSSA a IRSS estuvo asociado específicamente con más de un evento adverso: (RR=1.63, IC 95% 1.19-2.23) (estudios=2, n=363), sedación (RR=3.22, IC 95% 2.16-4.081) (estudios=2, n=353); ganancia de peso mayor o igual a 7% (RR=3.81, IC 95% 1.37-10.55, estudios=2, n=363; DME=1.03, IC 95% 0.27-1.79, n° estudios=2, n=346; DMP=2.17, IC 95% 0.71-3.63 kg, n estudios=2, n=346), por lo que sugieren tener precaución al utilizar este con-tratamiento (38).

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Los antidepresivos han demostrados ser eficaces en mejorar los síntomas depresivos. Cada grupo de antidepresivos tiene un perfil particular de eventos adversos. Por ello, el médico debe decidir junto con el paciente cual es el antidepresivo que más le conviene. Si el paciente es informado por su médico de los efectos adversos, los tolerara mejor.



Los daños potenciales, se relacionan a abandonar el tratamiento por causa de eventos adversos indeseables, o poco tolerables para el paciente. Y esto ocasionaría que la depresión no mejore. Los síntomas que afectan a la esfera sexual, son los menos tolerados tanto por varones como en mujeres.

Valores y preferencias

En una encuesta realizada a usuarios ambulatorios de un hospital especializado, se encontró que algunos pacientes abandonarían el tratamiento antidepresivo, por la presencia de efectos adversos de tipo gastrointestinal. Además, los eventos adversos relacionados al funcionamiento sexual también son importantes para los pacientes, teniendo cierta variabilidad según género.

Aceptabilidad

Esta recomendación si sería aceptada por el personal de salud.

Factibilidad

Si es factible implementar esta recomendación, ya que los antidepresivos, inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (IRSS) son los de mayor disponibilidad a nivel nacional.

Uso de recursos

No existen estudios que sirvan de evidencia para esta parte de la recomendación.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

Existe un probable balance a favor de la intervención.

4.5. Recomendaciones para la investigación

Durante los diálogos deliberativos y gracias al sistema GRADE se pudo identificar y determinar las necesidades de investigación que podrán contribuir a la práctica clínica del manejo de la depresión en adultos en el contexto peruano, los mismos que son detallados a continuación:

- Evaluación de la efectividad entre distintas psicoterapias individuales y el seguimiento de los pacientes tratados.
- Evaluación de la efectividad de las terapias grupales en el tratamiento de la depresión.



V. IMPLEMENTACIÓN

Recomendaciones trazadoras

El GEG realizará una priorización de recomendaciones de la guía, los mismos que serán parte del Plan de Implementación que permitirá aplicar dichas recomendaciones en la práctica clínica.



VI. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión, Nota descriptiva [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión, Temas de Salud [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
3. MINSA, Perú. Minsa: Cerca de 1000 muertes por suicidio pueden evitarse por año si se detecta oportunamente. Portal Web MINSA. 2016.
4. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2009; [Internet]. Vol. XXV. Lima, Perú; 2009. Available from: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2012; [Internet]. Vol. XXVIII. Lima, Perú; 2012. Available from: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2013; [Internet]. Lima, Perú; 2013. (1; vol. XXIX). Available from: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
7. Ministerio de Salud. Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. 2018.
8. Ministerio de salud, Perú. Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la ley 26842, Ley general de salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental [Internet]. Diario el Peruano; 2012. Available from: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-modifica-el-articulo-11-de-la-ley-26842-ley-general-ley-n-29889-805832-2/>
9. MINSA, Perú, Dirección General de Salud de las Personas. Guías de Práctica Clínica en Salud Mental Y psiquiatría: GPC en Depresión y GPC en Conducta Suicida [Internet]. 2008. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_Salud_Mental_Psiquiatria.pdf
10. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010.
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Depresión y suicidio [Internet]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=212&Itemid=40872&lang=es



12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014.
13. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España: Medica Panamericana; 1994.
14. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Mental Health Gap Action Programme. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. 2017.
15. Mac GRADE, Centre McMaster University. GIN-McMaster Lista de comprobación del proceso de elaboración de guías de práctica clínica [Internet]. 2014. Available from: <https://cebgrade.mcmaster.ca/GDCtranslations/guidelinechecklists spanish.html#GuidelineGroupMembershipTable>
16. Ministerio de Salud, Perú. Documento Técnico Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica [Internet]. 2015. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/M-GPC1.pdf>
17. Consorcio AGREE. Instrumento para la evaluación de Guías de Práctica Clínica, AGREE II [Internet]. 2009. Available from: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
18. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia - Colciencias. Guía de práctica clínica: Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. 2013.
19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014;
20. Grupo de trabajo GRADE. Manual GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), Versión en Español 2017 [Internet]. Available from: <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/>
21. Gloria Carmona, Catherine Bonilla, Karen Huamán, Nora Reyes, Gisely Hajar, Patricia Caballero. Utilidad de los diálogos deliberativos para la formulación de recomendaciones de guías de práctica clínica. Rev perú med exp salud publica [Internet]. 34(4). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400023
22. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica [Internet]. 2015. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3301.pdf>



23. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jan 6;303(1):47-53.
24. Kwan BM, Dimidjian S, Rizvi SL. Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy versus psychotherapy for depression. *Behav Res Ther*. 2010 Aug;48(8):799-804.
25. Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, Klimstra S, Bruce ML. Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2009 Mar;60(3):337-43.
26. Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Guía para la actualización del petitorio nacional único de medicamentos esenciales, Perú [Internet]. 2015. Available from: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Guia_Actualizacion_PNUME_Final.pdf
27. Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, Dekker JJM. Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Oct;78(5):668-80.
28. Furukawa TA, Weitz ES, Tanaka S, Hollon SD, Hofmann SG, Andersson G, et al. Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2017 Mar;210(3):190-6.
29. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009 Sep;70(9):1219-29.
30. Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Salud Mental. Boletín de gestión: Salud Mental Comunitaria, Nuevo modelo de atención [Internet]. 2016. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3615.pdf>
31. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2013 Jul;58(7):376-85.
32. David D, Szentagotai A, Lupu V, Cosman D. Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: a randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *J Clin Psychol*. 2008 Jun;64(6):728-46.
33. Henken HT, Huibers MJH, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. Family therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD006728.
34. Manber R, Kraemer HC, Arnow BA, Trivedi MH, Rush AJ, Thase ME, et al. Faster remission of chronic depression with combined psychotherapy and medication than with each therapy alone. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Jun;76(3):459-67.

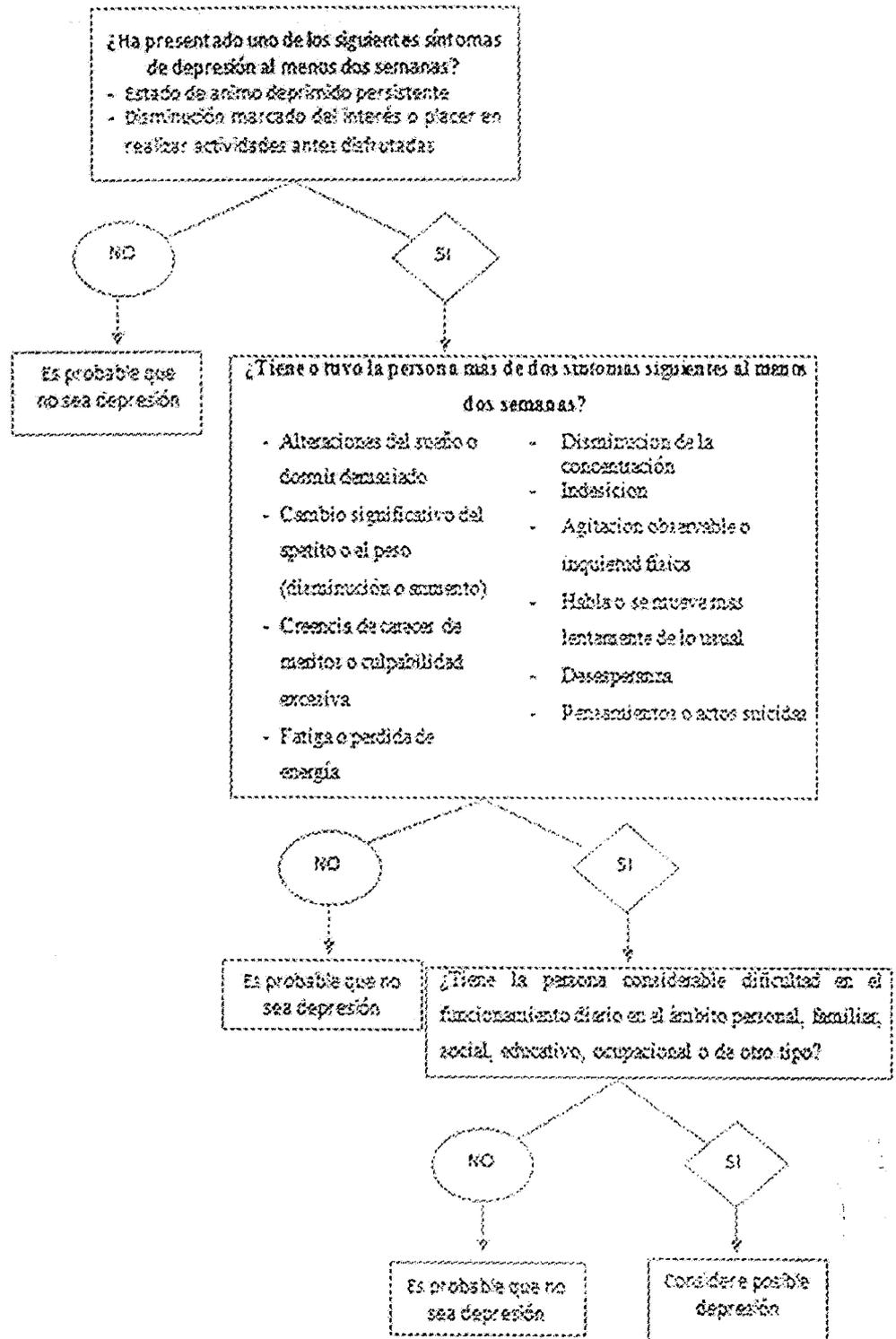


35. Kontunen J, Timonen M, Muotka J, Liukkonen T. Is interpersonal counselling (IPC) sufficient treatment for depression in primary care patients? A pilot study comparing IPC and interpersonal psychotherapy (IPT). *J Affect Disord.* 2016 Jan 1;189:89–93.
36. Steidtmann D, Manber R, Blasey C, Markowitz JC, Klein DN, Rothbaum BO, et al. Detecting critical decision points in psychotherapy and psychotherapy + medication for chronic depression. *J Consult Clin Psychol.* 2013 Oct;81(5):783–92.
37. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet Lond Engl.* 2009 Feb 28;373(9665):746–58.
38. Galling B, Calsina Ferrer A, Abi Zeid Daou M, Sangroula D, Hagi K, Correll CU. Safety and tolerability of antidepressant co-treatment in acute major depressive disorder: results from a systematic review and exploratory meta-analysis. *Expert Opin Drug Saf.* 2015 Oct;14(10):1587–608.



ANEXOS CLÍNICOS

Diagnóstico de la depresión según CIE-10



Adaptado de Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Mental Health Gap Action Programme. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. 2017



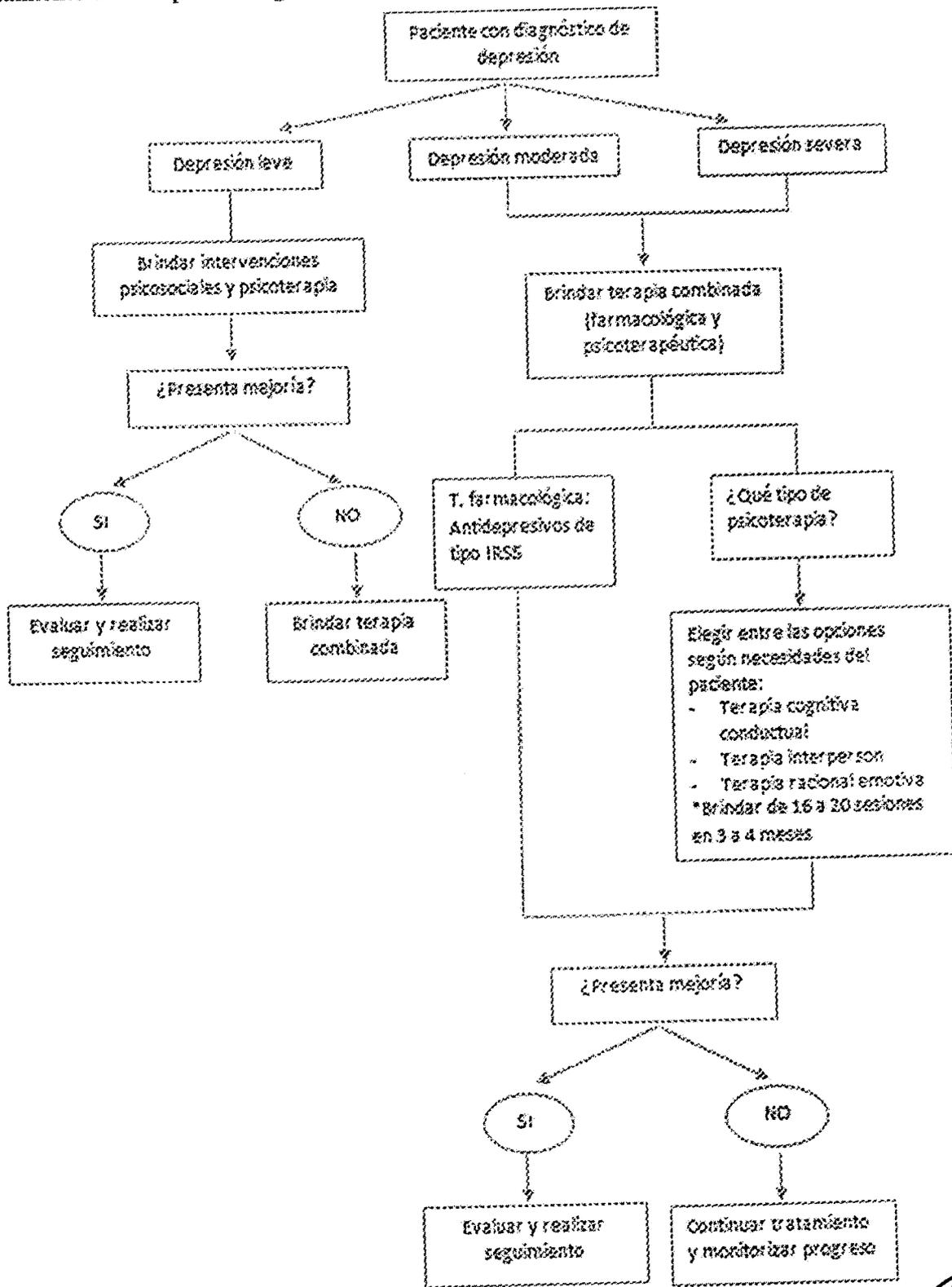
Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión en adulto

- Versión extensa -

Serie Guías Práctica Clínica N° 01-2017

pág. 48

Tratamiento de la depresión según recomendaciones de la guía



ANEXOS METODOLÓGICOS

ANEXO A: BÚSQUEDA, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE GPC

1. Búsqueda de GPC

Repositorio	Palabras clave	Resultado	Pre-selección	Título de la GPC	Incluido
NICE	depression, filter guidance, clinical guidelines, NICE guidelines	105	3	Clinical guideline [CG90] Depression in adults: recognition and management, Published date: October 2009 Last updated: April 2016	No
				Depression in adults: recognition and management In development [GID-CGWAVE0725] Expected publication date: November 2017	No
				Clinical guideline [CG28] Depression in children and young people: identification and management, Published date: September 2005 Last updated: March 2015	No
SIGN	Guidelines by topic: mental health	1	1	SIGN 131: Management of schizophrenia marzo 2013	No
	depresión	1	1	114 Non-pharmaceutical management of depression in adults, enero 2010	No
Canadian Medical Association	depression	52	1	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder	No
			1	Major Depressive Disorder in Adults: Diagnosis & Management, 2013	No
AHRQ	depression, filter management	270	7	VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder, 2016	No
				Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care, 2015	No
				Clinical practice guideline on the management of depression in adults, 2014	No
				Diagnosis and treatment of depression in adults: 2012 clinical practice guideline.	No
				Depression. Singapore Ministry of Health 2012	Si



				Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. APA 2010	No
				Adult depression in primary care. Institute for Clinical Systems Improvement 2016	No
Ministry of Health Portal. Kingdom of Arabia Saudi	Mental health	0	0	NA	No
Nueva Zelanda	Depression. Guides and standars	3	2	Completo. Identification of and Management of depression in Primary Care Common Mental Disorders	No
Australia	Depression.	1	1	Completo. Identification of and Management of in Primary Care Common Mental Disorders Depression	No
Us preventive services taskforce	Depression.	2	2	Version reducida adultos. Screening for Depression in Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement	No
				Version reducida niños y adolescentes. Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement	No
WHO/OPS	Depresión	0	0	NA	No
Colombia	depression	4	1	Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente 2013	Si
CENETEC México	Depresión	4	2	Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención (SS-666-14 Evidencias y Recomendaciones Referencia Rápida) 2014	Si
				Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención (IMSS-194-08 Fecha de actualización 20 de junio 2012 Evidencias y Recomendaciones) 2011	Si
Chile	Depresión	29	1	Guía clínica AUGÉ: depresión en personas de 15 años y más - 2013	Si



			1	Guía clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con depresión -2013	No
España	Depresión	20	1	Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto - 2014	Si
Ecuador	Depresión	0	0	NA	No
Perú	Depresión	1	1	Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría: Guía de práctica clínica en depresión y guía de práctica clínica en conducta suicida.2008	No
busqueda manual	Guías depresión Perú	1	1	GUIA TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS DE 18 A 65 AÑOS PARA MÉDICOS NO PSIQUIATRAS -2013	No
	Guías de Práctica clínica basadas en evidencia depresion Mexico	1	1	Guía clínica para el manejo de la depresión 2010 (Instituto Nacional de Psiquiatria)	No
	Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia depresion España	1	1	Guía de recomendaciones clínicas Depresión 2008 (Asturias)	No





2. CRITERIOS DE PRE-SELECCIÓN DE GPC

Guía 1: Nice 2009	Guía 2: Depresión en Atención Primaria, AHRQ, Singapur 2016	Guía 3: Manejo no Farmacológico de la Depresión en Adultos 2010 (Escocia)	Guía 4: España	Guía 5: Colombia
¿Se realizaron búsquedas de información en múltiples bases de datos?	Si	Si	Si	Si
¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	No se encuentra	No disponible	Si	No incluye estrategias de búsqueda
¿Se describe el proceso de desarrollo de la guía?	No se encuentra en el físico. Solo en website.	Si	Si	Si
¿Se da información sobre la conformación del grupo de autores?	Si	Si	Si	Si
¿Se establecen recomendaciones dentro del documento basadas en la evidencia encontrada?	Hay recomendaciones, pero no se encuentra referencias ni bibliografía que la sustenten	No se encuentra	Si	Si
Valorar el año de publicación	2009	No	2014	2013
Similitud con población objetivo	Si	Si	Si	Si
Coincidencia con el tópico de estudio	Si	Si	Si	Si
Evaluar / AGREE	No	Si	Si	Si

Nota: No se logró acceder a la versión extensa de la Guía N° 3 para la evaluación de la calidad mediante AGREE II.





3. CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE GPC MEDIANTE AGREE II

GPC/ Dominios AGREE II	Dominio 1: Alcance y objetivos	Dominio 2: Participación de los implicados	Dominio 3: Rigor en la elaboración	Dominio 4: Claridad de la presentación	Dominio 5: Aplicabilidad	Dominio 6: Independencia editorial	Evaluación global
GPC #1: Singapur	100%	78%	50%	92%	60%	0%	42%
GPC #2: España	83%	94%	77%	89%	52%	92%	83%
GPC #3: Colombia	100%	100%	99%	97%	90%	92%	92%



ANEXO B: GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

Preguntas abiertas a pacientes adultos con diagnóstico de depresión

- 1) ¿Tiene Ud alguna preocupación, sobre el inicio del tratamiento para la depresión con medicamentos?
- 2) Si pudiera elegir entre la psicoterapia sola y el tratamiento combinado (farmacológico y psicoterapia), para el inicio de tratamiento ¿cuál elegiría?
- 3) Entre las psicoterapia individual y psicoterapia familiar, ¿cuál elegiría?. ¿Cuáles son las razones?
- 4) ¿Ha abandonado/ discontinuado el tratamiento con pastillas?
- 5) ¿Cuáles son las razones por las que abandonaría el tratamiento con pastillas/ Medicamentos?



ANEXO C: ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y FLUJOGRAMA DE ARTICULOS

1. ¿Cuándo está indicado iniciar un tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de depresión?

P: Pacientes adultos con depresión

I: Inicio de intervenciones farmacológicas

C: Placebo

O: Efectividad de la intervención, adherencia

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultado
EMBASE	1 depressive disorder.mp.	33535
	2 drug prescription.mp. or prescription/	151637
	3 amitriptyline/	36855
	4 antidepressant agent.mp.	110258
	5 aripiprazole/	12608
	6 citalopram.mp.	20918
	7 clozapine/	29871
	8 escitalopram.mp.	9871
	9 fluoxetine/	42472
	10 mirtazapine.mp.	11038
	11 paroxetine.mp.	26161
	12 risperidone.mp.	33331
	13 serotonin uptake inhibitor/	43542
	14 sertraline.mp.	23462
	15 tricyclic antidepressant agent/	31793
	16 venlafaxine.mp.	19255
	17 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16	235931
	18 1 and 2 and 17	451
	19 limit 18 to adult <18 to 64 years>	209
	20 limit 19 to last 10 years	170
	21 limit 20 to english	166
MedLine/ PubMed	1 "Depressive Disorder"[Mesh]	94578
	2 "Drug Therapy"[Mesh]	1195635
	3 "Antidepressive Agents"[Mesh]	52507
	4 "Antidepressive Agents" [Pharmacological Action]	131097



	5	Antidepressant	147772	
	6	"antidepressant agents"	728	
	7	#2 or #3 or #4 or #5 or #6	1326023	
	8	Indication	102640	
	9	Predictor	147981	
	10	#8 OR #9	249470	
	11	#1 AND #7 AND #10	729	
	12	#11 Filters: Systematic Reviews	46	
	Cochrane library	1	"depressive disorder"	11456
		2	"drug therapy"	304766
		3	Antidepressives	17
		4	"antidepressives agents"	0
5		Antidepressive	6260	
6		Antidepressant	8465	
7		"antidepressant agents"	116	
8		#2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7	308626	
9		Indication	11538	
10		Predictor	11385	
11		#9 or #10	22610	
12		#1 and #8 and #11	378	
13		Filters: Cochrane Reviews	122	

Resumen de selección:

26 seleccionados por título y resumen

26 revisados a texto completo

3 seleccionados para la tabla de evidencia



2. ¿Cuándo está indicado iniciar un tratamiento psicoterapéutico en pacientes con diagnóstico de depresión?

P: Pacientes adultos con depresión

I: intervenciones psicológicas y psicosociales

C: Placebo

O: Efectividad de la intervención, adherencia

Base de datos	Estrategia de búsqueda		Resultado
EMBASE	1	psychotherapy/ or psychotherapy.mp.	96927
	2	therapeutics.mp. or therapy/	1358513
	3	depression/	307762
	4	major depression/	50829
	5	#3 OR #4	347685
	6	#1 AND #2 AND #5	924
	7	limit 6 to article	414
	8	limit 7 to adult <18 to 64 years>	88
PubMed	1	"depressive disorder"	97075
	2	"Psychotherapy"[Mesh]	173659
	3	"Depressive Disorder/therapy"[Mesh]	42145
	4	"Therapeutics/psychology"[Mesh]	58499
	5	"Cognitive Therapy"[Mesh]	21352
	6	"Couples Therapy"[Mesh]	537
	7	"Psychoanalytic Therapy"[Mesh]	15237
	8	"Behavior Therapy"[Mesh]	62134
	9	"Family Therapy"[Mesh]	8253
	10	"Gestalt Therapy"[Mesh]	161
	11	"Psychotherapy, Group"[Mesh]	24841
	12	#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	262048
	13	Indicator	704334
	14	Indication	102533



	15	#13 OR #14	804021
	16	#1 OR #12 OR #15	676
	17	Filters: Systematic Reviews	49
Cochrane library	#1	depressive disorder	11456
	#2	drug therapy	304548
	#3	antidepressives	17
	#4	antidepressive agents	5902
	#5	antidepressive	6260
	#6	antidepressant	8467
	#7	antidepressant agents	116
	#8	#2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7	308409
	#9	contraindication	1986
	#10	contraindications	2807
	#11	#9 or #10	4274
	#12	psychotherapy	11306
	#13	#1 and #8 and #11 and #12	48

Resumen de selección:

18 seleccionados por título y resumen

18 revisados a texto completo

3 seleccionados para la tabla de evidencia

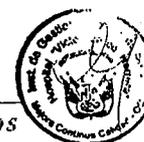


3. En pacientes adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave, ¿El tratamiento psicoterapéutico combinado con tratamiento farmacológico, comparado con farmacoterapia sola, es más efectivo en la remisión de síntomas, mejor calidad de vida, recuperación funcional, disminución del riesgo suicida, intento de suicidio y suicidios?
4. En adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave, ¿Cuál es el tratamiento psicoterapéutico solo o en combinación con farmacoterapia, más efectivo entre terapia cognitivo conductual, interpersonal o racional emotiva, en términos de remisión de síntomas, mejor la calidad de vida, recuperación funcional, disminución del riesgo suicida, intento de suicidio y suicidio?

Base de datos	Estrategia de búsqueda (Adaptada-Colombia)	Resultado
EMBASE	1 exp *depression/	135,777
	2 Depressive disorder.mp.	31,283
	3 exp psychotherapy/	154,678
	4 "psychotherapy".mp.	62,994
	5 1 or 2	146,678
	6 3 or 4	158,498
	7 5 and 6	15,419
	8 limit 7 to (meta analysis and clinical trial and adult <18 to 64 years>)	21
Pubmed/ MedLine	1 (Depressive Disorder, Major) OR Depressive Disorder	113,839
	2 (((((((("psychotherapy") OR "Therapeutics/psychology"[MeSH Terms]) OR "Cognitive Therapy") OR "Psychodynamic Therapy") OR "Behavior Therapy") OR "Psychotherapy, Group") OR "Support group") OR "interpersonal therapy") OR "psychoeducation"	190,996
	3 ((((((Puerperal Disorders) OR pregnancy) OR Bipolar Disorder) OR Schizophrenia) OR Posttraumatic Stress disorder) OR obsessive compulsive disorder) OR generalized anxiety disorder	1,096,246
	4 (((Depressive Disorder, Major) OR Depressive Disorder)) AND (((((((("psychotherapy") OR "Therapeutics/psychology"[MeSH Terms]) OR "Cognitive Therapy") OR "Psychodynamic Therapy") OR "Behavior Therapy") OR "Psychotherapy, Group") OR "Support group") OR "interpersonal therapy") OR "psychoeducation"	12,970



	5	(((Depressive Disorder, Major) OR Depressive Disorder)) AND (((((((("psychotherapy") OR "Therapeutics/psychology"[MeSH Terms]) OR "Cognitive Therapy") OR "Psychodynamic Therapy") OR "Behavior Therapy") OR "Psychotherapy, Group") OR "Support group") OR "interpersonal therapy") OR "psychoeducation")) NOT (((((((Puerperal Disorders) OR pregnancy) OR Bipolar Disorder) OR Schizophrenia) OR Posttraumatic Stress disorder) OR obsessive compulsive disorder) OR generalized anxiety disorder)	9,906
	6	(((Depressive Disorder, Major) OR Depressive Disorder)) AND (((((((("psychotherapy") OR "Therapeutics/psychology"[MeSH Terms]) OR "Cognitive Therapy") OR "Psychodynamic Therapy") OR "Behavior Therapy") OR "Psychotherapy, Group") OR "Support group") OR "interpersonal therapy") OR "psychoeducation")) NOT (((((((Puerperal Disorders) OR pregnancy) OR Bipolar Disorder) OR Schizophrenia) OR Posttraumatic Stress disorder) OR obsessive compulsive disorder) OR generalized anxiety disorder) Filters: Meta-Analysis; Systematic Reviews; Humans	722
Cochrane library	1	depressive disorder	13,724
	2	Psychotherapy	11,305
	3	Cognitive Therapy	25,167
	4	Psychodynamic Therapy	617
	5	Behavior Therapy	24,145
	6	Psychotherapy Group or Support group	156,403
	7	interpersonal therapy	3,028
	8	psychoeducation	1,292
	9	#2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8	188,077
	10	Puerperal Disorders	378
	11	pregnancy	35,961
	12	Bipolar Disorder	4,410
	13	Schizophrenia	12,611
	14	Posttraumatic Stress disorder	1,989
	15	obsessive compulsive disorder	2,026
	16	generalized anxiety disorder	1,588
	17	#10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16	56,626
	18	#1 and #9	6,612
	19	#18 not #17	4,965
	20	#19 filter: Cochrane Reviews	157



PREGUNTA 3: resumen de selección

15 seleccionados por título y resumen

15 revisados a texto completo

1 seleccionados para la tabla de evidencia

PREGUNTA 4: resumen de selección

12 seleccionados por título y resumen

12 revisados a texto completo

1 seleccionados para la tabla de evidencia



5. En adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave ¿Los grupos de ayuda mutua son más efectivos en comparación con la terapia familiar sistémica en la remisión de síntomas, mejor la calidad de vida, recuperación funcional, disminución del riesgo suicida, intento de suicidio y suicidios?

P: Pacientes, adultos, pacientes con diagnóstico de depresión leve, moderada, severa

I: Psicoterapias grupales (grupos de ayuda mutua y terapia familiar sistémica)

C: No intervención

O: Respuesta terapéutica, remisión de síntomas, calidad de vida, recuperación funcional, disminución de conductas suicidas (intento de suicidio, suicidio y riesgo suicida) y abandono de tratamiento.

Base de datos	Estrategia de búsqueda (Adaptada-Colombia)		Resultado
EMBASE	1	adult/	4,223,788
	2	*depression/	82,808
	3	"Depressive Disorder".mp.	31,394
	4	exp group therapy/	10,696
	5	*family therapy/	3,067
	6	"Self-Help Groups".mp.	1,072
	7	exp psychotherapy/	155,142
	8	2 or 3	107,616
	9	1 and 8	49,816
	10	4 or 6	11,710
	11	5 and 10	168
	12	7 and 11	168



Pubmed/ MedLine	1	((((Depressive Disorder, Major) OR Depressive Disorder)))) OR ("Depressive Disorder"[Mesh] OR "Depression"[Mesh])	195,564
	2	(((((("Psychotherapy, Group"[Mesh]) OR group psychotherapy) OR "Family Therapy"[Mesh]) OR self-help groups) OR "Self-Help Groups"[Mesh]) OR self help group) OR "Support group"	55,472
	3	((Puerperal Disorders OR pregnancy OR Bipolar Disorder OR Schizophrenia OR Posttraumatic Stress))	1,064,210
	4	CANCER	3,512,766
	5	(CANCER) OR (((Puerperal Disorders OR pregnancy OR Bipolar Disorder OR Schizophrenia OR Posttraumatic Stress))))	4,508,474
	6	((((((("Psychotherapy, Group"[Mesh]) OR group psychotherapy) OR "Family Therapy"[Mesh]) OR self-help groups) OR "Self-Help Groups"[Mesh]) OR self help group) OR "Support group")) NOT ((CANCER) OR (((Puerperal Disorders OR pregnancy OR Bipolar Disorder OR Schizophrenia OR Posttraumatic Stress))))	46964
	7	((((((("Psychotherapy, Group"[Mesh]) OR group psychotherapy) OR "Family Therapy"[Mesh]) OR self-help groups) OR "Self-Help Groups"[Mesh]) OR self help group) OR "Support group")) NOT ((CANCER) OR (((Puerperal Disorders OR pregnancy OR Bipolar Disorder OR Schizophrenia OR Posttraumatic Stress)))) Filters: Meta- Analysis; published in the last 5 years	216
Cochrane library	1	depression	48,574
	2	"Depressive Disorder"	11,456
	3	Adult	452,188
	4	"group therapy"	2,344
	5	"family therapy"	1,545
	6	"Self-Help Groups"	842
	7	Psychotherapy	11,306
	8	#1 or #2	50,680
	9	#3 and #8	27,020
	10	#4 or #5 or #6 or #7	14,264
	11	#9 and #10	3,234



Flujograma de artículos seleccionados:

- 7 seleccionados por título y resumen
- 7 revisados a texto completo
- 2 seleccionados para la tabla de evidencia

6. ¿Cuánto es el tiempo adecuado de tratamiento con psicoterapia (o número de sesiones necesarias) para obtener respuesta terapéutica, remisión de síntomas y recuperación funcional en pacientes con diagnóstico de depresión?

P: Pacientes adultos con depresión

I: Duración tratamiento con psicoterapia

C: No intervención

O: respuesta terapéutica, remisión de síntomas y recuperación funcional

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultado
EMBASE	1 depression/	309206
	2 psychotherapy/ or psychotherapy.mp.	97158
	3 cognitive behavioral therapy/	3231
	4 psychoanalytic therapy.mp. or psychoanalysis/	35355
	5 interpersonal therapy.mp.	494
	6 group therapy.mp. or group therapy/	20451
	7 psychoeducation/	5773
	8 support groups.mp. or support group/	12766
	9 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	154180
	10 time to remission.mp.	1141
	11 time to functional recovery.mp.	109
	12 10 or 11	1250
	13 1 and 9 and 12	16
MEDLINE/ PubMed	1 "Depression"[Mesh]	94518
	2 "Depressive Disorder"[Mesh]	94650
	3 "Depressive Disorder, Major"[Mesh]	23931
	4 "Depression, Postpartum"[Mesh]	4261
	5 "Bipolar Disorder"[Mesh]	35533
	6 #1 OR #2 OR #3	180449

Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión en adultos

- Versión extensa -

Serie Guías Práctica Clínica N° 01-2017

pág. 65



	7	#4 OR #5	39681
	8	#6 NOT #7	165763
	9	"Psychotherapy"[Mesh]	173958
	10	"Cognitive Therapy"[Mesh]	21435
	11	"Psychotherapy, Group"[Mesh]	24871
	12	cognitive behavioural therapy	75859
	13	psychoanalytic therapy	16865
	14	interpersonal therapy	26474
	15	group therapy	632742
	16	Psychoeducation	2246
	17	support groups	827608
	18	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	1529828
	19	(time to remission) OR time to functional recovery	71347
	20	#8 OR #18 OR #19	638
	21	#20 Filters Clinical Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews; published in the last 5 years; Adult: 19+ years	88
Cochrane library	#1	Depression	48574
	#2	psychotherapy	11306
	#3	time to remission	157
	#4	time to recovery	528
	#5	#3 or #4	684
	#6	#1 and #2 and #5	33

Resumen de selección

4 seleccionados por título y resumen

4 revisados a texto completo

1 seleccionados para la tabla de evidencia



7. ¿En pacientes con diagnóstico de depresión leve o moderada, el uso de farmacoterapia es seguro en términos de interacciones medicamentosas, reacciones adversas?

P: Pacientes adultos con depresión

I: Uso de farmacoterapia

C: Placebo

O: Seguridad, interacciones medicamentosas, reacciones adversas

Base de datos/ fecha	Estrategia de búsqueda	Resultado
EMBASE	1 depressive disorder.mp. or depression/	328932
	2 drug therapy.mp. or drug therapy/	3911883
	3 antidepressive agents.mp. or antidepressant agent/	87688
	4 adverse effects.mp. or adverse drug reaction/	342306
	5 adverse drug reaction/ or side effect/ or side effects.mp.	607795
	6 2 or 3	3940877
	7 4 or 5	731369
	8 1 and 6 and 7	25822
	9 limit 8 to (meta analysis and adult <18 to 64 years>)	95
Medline	1 "Depressive Disorder"[Mesh]	94650
	2 "Drug Therapy"[Mesh]	1196601
	3 Antidepressive	136532
	4 "Antidepressive Agents"[Mesh]	52537
	5 "Antidepressive Agents" [Pharmacological Action]	131156
	6 antidepressant	147847
	7 antidepressant agents	66301
	8 #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7	1327632
	9 "adverse effects" [Subheading]	1936029
	10 Security	53976
	11 side effects	2216755
	12 undesirable effects	2070482
	13 drug effects	3386733
	14 #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	4599965



	15	#1 AND #8 AND #14	13977
	16	#15 Filters Meta-Analysis; published in the last 5 years; Adult: 19+ years	44
Cochrane library	1	depressive disorder	11482
	2	drug therapy	305019
	3	antidepressive agents	5920
	4	antidepressant agents	116
	5	#2 or #3 or #4	306376
	6	adverse effects	142512
	7	side effects	52326
	8	undesirable effects	283
	9	drug effects	115440
	10	#6 or #7 or #8 or #9	254226
	11	Adults	52662
	12	#1 and #5 and #10 and #11	298
	13	Filters RS	145
	14	Filters 2007 -fecha	131

Resumen de selección:

4 seleccionados por título y resumen

4 revisados a texto completo

1 seleccionados para la tabla de evidencia





ANEXO B: TABLAS DE EVIDENCIA GRADE Y TABLAS DE DECISIÓN

Pregunta 1: Tratamiento farmacológico comparado con placebo en pacientes con diagnóstico de depresión en términos de inicio de tratamiento

Bibliografía: Fournier 2010 Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis

Nº de estudios	Certainty assessment							Efecto		Certainty	Importancia	
	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes		Relativo (95% CI)			Absoluto (95% CI)
							Tratamiento farmacológico	placebo				
Cambio en los puntajes de depresión leve a moderada (follow-up 6 a 11 weeks; measured with: HDRS menor o igual a 18; range of scores: 0-1)												
6	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^b	434	284	-	cohen 0.11 más (0.04 menos a 0.26 más)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE
Cambio en los puntajes de depresión grave (follow-up 6 a 11 weeks; measured with: HDRS de 19 a 221; range of scores: 0-1)												
6	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^b	434	284	-	cohen 0.17 más (0.04 más a 0.3 más)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE





Certainty assessment												
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
							Tratamiento farmacológico	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambio en los puntajes de depresión muy grave (follow-up 6 a 11 weeks; measured with: HDRS mayor o igual a 23; range of scores: 0-1)												
6	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^b	434	284	-	cohen 0.47 más (0.34 más a 0.59 más)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE

a. Los criterios de inclusión eran estudios aleatorizados comparados con placebo autorizados por la FDA, pero no incluyen información sobre enmascaramiento, cegamiento. En cinco de los seis estudios hay análisis por intención de tratar.

b. De los 23 estudios escogidos 17 no aportaron la información para hacer el análisis





Pregunta 2: Tratamiento psicoterapéutico comparado con placebo en pacientes con diagnóstico de depresión en términos de inicio de tratamiento

Bibliografía: Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, Dekker JJ. Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2010 Oct;78(5):668-80

Nº de estudios	Certainty assessment							Efecto		Certainty	Importancia	
	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes					
							tratamiento psicoterapéutico	placebo	Relativo (95% CI)			Absoluto (95% CI)
132	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^b	5858	4276	-	SMD 0.23 SD más alto. (0.02 más alto. a 0.43 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE

Efectividad del tratamiento psicológico en leves (cambios en el puntaje de la escala) (follow-up antes y después); measured with: BDI-I, BDI-II, HDRS (en leves)2,3; range of scores: 0-1





Certainty assessment												
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
							tratamiento	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Efectividad del tratamiento psicológico en graves (cambios en el puntaje de la escala) (follow-up antes y después 1; measured with: BDI-I, BDI-II, HDRS (en graves)3; range of scores: 0-1)												
132	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^b	5858	4276	-	SMD 0.39 SD más alto. (0.15 más alto. a 0.64 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza ; SMD: Diferencia media estandarizada

a. No son los claros los criterios de calidad para evaluar cada estudio. No hay cegamiento

b. Los investigadores reportan probable sesgo de publicación





Pregunta 2: Psicoterapia o antidepresivo (congruente con la preferencia del paciente) comparado con Psicoterapia o antidepresivo (no congruente con la preferencia del paciente) en pacientes con diagnóstico de depresión

Bibliografía: Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, Klimstra S, Bruce ML. Patients' Depression Treatment Preferences and Initiation, Adherence, and Outcome: A Randomized Primary Care Study. 2009. Psychiatr Serv; 60(3): 337-343

Nº de estudios		Certainty assessment						Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
		Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Psicoterapia o antidepresivo (congruente con la preferencia del paciente)	Psicoterapia o antidepresivo (no congruente con la preferencia del paciente)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
								Nº de pacientes		Efecto			
Iniciación del tratamiento (follow-up mean 24 weeks; assessed with: Una sesión de psicoterapia o una dosis de medicamento al menos)													
1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	29/29 (100.0%)	23/31 (74.2%)	OR 5.3 (4.3 a 6.3)	196 más por 1.000 (de 183 más a 206 más)	⊕⊕⊕ MODERADO	CRÍTICO	

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios a. No hubo cegamiento





Pregunta 3: Farmacoterapia comparado con tratamiento combinada (psicoterapia y farmacoterapia) en adultos con depresión moderada o severa

Bibliografía: Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2009 Sep;70(9):1219-29

Nº de estudios	Certainty assessment						Efecto		Certainty	Importancia		
	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes					
							farmacoterapia	tratamiento combinada (psicoterapia y farmacoterapia)			Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)
Efectos post tratamiento (evaluado con : HRSD y BDI)												
25	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio ^a	serio ^b	no es serio	ninguno	1018	1018	-	SMD 0.31 SD más alto. (0.2 más alto. a 0.43 más alto.)	⊕⊕⊕ MODERADO	IMPORTE





Certainty assessment										Efecto	Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes		Absoluto (95% CI)			
							farmacoterapia	tratamiento combinado (psicoterapia y farmacoterapia)				
Tasa de deserción												
19	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio ^c	serio ^b	no es serio	ninguno				Relativo (95% CI)	⊕⊕⊕ MODERADO	IMPORTE
Se compararon las tasas de deserción de los tratamientos farmacológico y combinado en 19 estudios y se encontró que la tasa de abandono fue significativamente menor en el tratamiento combinado en comparación con la farmacoterapia sola (OR = 0,65; IC del 95%, 0,50-0,83; Z = -3,44; P < .01), casi sin heterogeneidad (Q = 18,11, NS, I ² = 0,62).												

CI: Intervalo de confianza; SMD: Diferencia media estandarizada; OR: Razón de momios

- a. I²=8,79
- b. Las intensidades y duraciones de los tratamientos fueron variables y por lo tanto los tiempos de seguimiento de los pacientes.
- c. I²= 0,62, casi no presentó heterogeneidad





Pregunta 4: Terapia cognitivo conductual comparado con terapia racional emotiva en adultos con diagnóstico de depresión moderada o severa

Bibliografía: David, Szentagotai, Lupu y Cosman. Rational Emotive Behavior Therapy, Cognitive Therapy and Medication in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial, Posttreatment Outcomes, and Six-Month Follow-Up. 2008

Nº de estudios	Certainty assessment										Efecto		Certainty	Importancia
	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes		Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)				
							terapia cognitivo conductual	terapia racional emotiva						
Remisión de síntomas (evaluado con : post tratamiento (HRSD, escala de Hamilton para depresión y BDI, Inventario de depresión de Beck))														
1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	28/56 (50.0%)	25/57 (43.9%)	no agrupado	Ver comentario	⊕⊕⊕○ MODERAD	○	IMPORTANT E	
Remisión de síntomas (evaluado con : Seguimiento de 6 meses (HRSD y BDI))														
1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	25/48 (52.1%)	24/49 (49.0%)	no agrupado	Ver comentario	⊕⊕⊕○ MODERAD	○	IMPORTANT E	

CI: Intervalo de confianza

a. No existió una aleatorización en la selección de los pacientes





Pregunta 4: Terapia cognitivo conductual comparado con terapia interpersonal en adultos con diagnóstico de depresión moderada o severa

Bibliografía: Pim Cuijpers ; Matthias Berking, Gerhard Andersson; Leanne Quigley ; Annet Kleiboer; Keith S Dobson, A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments.2013

Certainty assessment					Impacto	Certainty	Importancia		
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta				Imprecisión	Otras consideraciones
Efectos de la psicoterapia (evaluado con : otros test)									
5	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	mediante 46 estudios, se comparó los efectos de la TCC vs otras psicoterapias. la única psicoterapia que tubo un efecto similar fue la terapia psicodinamica (basado en 5 estudios- IC=-0,07 a 0,58) La comparacion de TCC vs TIP reportó -0.09 (-0.39 a 0.20)	⊕⊕⊕○ MODERADO	IMPORTANTE
Efectos de la psicoterapia (evaluado con : post test-Beck)									
4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio ^c	no es serio	no es serio	ninguno	la comparacion entre TCC vs TIP, reportó -0.21 (-0.46 to 0.04) Los efectos mas grandes se presentaron en las terapias de soporte y la terapia psicodinamica.	⊕⊕⊕○ MODERADO	IMPORTANTE





CI: Intervalo de confianza ; **SMD:** Diferencia media estandarizada; a. Los artículos fueron de mediana a baja calidad (evaluados según los criterios de Cochrane para la evaluación de riesgo de sesgo); b. presentó baja inconsistencia (I²= 41.53); c. no presentó inconsistencia (I²=0)

Pregunta 5: Terapia familiar sistémica comparado con otras intervenciones en adultos con depresión leve, moderada o severa

Bibliografía: Henken T, Huibers MJ, Churchill R, Restifo KK, Roelofs JJ. Family therapy for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD006728. DOI: 10.1002/14651858.CD006728.

Nº de estudios	Certainty assessment					Impacto	Certainty	Importancia
	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión			
Nuevo desenlace								
6	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE
						<p>Cuando se compara la efectividad de la terapia familiar con la efectividad de intervenciones grupales, intervenciones cognitivas o de comportamiento individuales, no queda claro si la terapia familiar es una intervención efectiva. No hay evidencia sobre las consecuencias potencialmente adversas de este tipo de intervención</p>		

CI: Intervalo de confianza a. 3 de los estudios presentaron baja calidad y 3 alta calidad

Pregunta 6: Farmacoterapia y psicoterapia CBASP comparado con psicoterapia CBASP para la remisión de síntomas en pacientes adultos con depresión 6





Bibliografía: Mamber K, Kraemer HC, Arnow BA, Trivedi MH, Rush AJ, Thase ME, Rothbaum BO, Klein DN, Kocsis JH, Gelenberg AJ, Keller ME. FASTER remission of chronic depression with combined psychotherapy and medication than with each therapy alone. *J Consult Clin Psychol.* 2008 Jun;76(3):459-67.

Certainty assessment										Efecto	Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes		Efecto			
							Farmacoterapia y psicoterapia CBASP	psicoterapia a CBASP	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Tiempo de remisión de síntomas de depresión durante 12 semanas de tratamiento												
1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Total remisión: 30 de 216 (13.9%) psicoterapia, y 64 de 222 (28.9%) en combinada. Análisis Cox proporcional hazard survival, encontró diferencias grupales significativas en el tiempo de remisión: $X^2=38.2$ $p<0.0001$; con el grupo combinado mostrando tiempo más rápido de remisión que psicoterapia Exp(B) = 0.46, IC 95% 0.30 – 0.71, Wald=12.4, $p<0.001$.			⊕⊕⊕ MODERADO	CRÍTICO	

CI: Intervalo de confianza

a. Es un reanálisis de datos archivados de un estudio de depresión crónica multicéntrico, donde se indica que se realizó aleatorización, pero no se brinda mayor información.

Pregunta 7: Consejería Interpersonal (6-7 sesiones) comparado con Psicoterapia interpersonal para la remisión de síntomas y recuperación funcional en pacientes con diagnóstico de depresión





Bibliografía: Konttinen M, Muotka J, Liukkonen T. Is interpersonal counselling (IPC) sufficient treatment for depression in primary care patients? A pilot study comparing IPC and interpersonal psychotherapy (IPT). *J Affect Disord.* 2016 Jan 1;189:89-93.

Certainty assessment												
Nº de estudio	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
							Consejería Interpersonal (6-7 sesiones)	Psicoterapia interpersonal	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios en puntaje de escalas CORE-OM												
I	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	ninguno	IPC (n=20) d=1.516 IC 95% 0.788 – 2.244 / IPT (n=20) d= 1.575 IC 95% 0.866-2.285.			⊕○○○ MUY BAJA		CRÍTICO
Cambios en el puntaje de escalas BDI												
I	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	ninguno	IPC (n=20) d=1.414 IC 95% 0.584 – 2.244 / IPT (n=20) d=1.397 IC 95% 0.627 – 2.168.			⊕○○○ MUY BAJA		CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

a. Riesgo incierto en generación de la secuencia de aleatorización, riesgo alto en ocultamiento de la secuencia de aleatorización, riesgo alto en enmascaramiento de intervenciones, riesgo incierto en descripción selectiva de desenlaces de interés. b. Pocas observaciones

