



Depresión por aislamiento en el contexto de la pandemia y pospandemia: guía clínica para profesionales de la salud*

Depression Due to Isolation in the Context of the Pandemic and Post-Pandemic: A Clinical Guide for Health Professionals

Depressão por isolamento no contexto da pandemia e pós-pandemia: Guia clínico para profissionais de saúde

Recibido: 30 de mayo de 2024. **Aceptado:** 11 de marzo de 2025. **Publicado:** 20 de noviembre de 2025.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.dacp>

Nathaly Berrío García^a

Universidad Internacional de la Rioja, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3574-4101>

Javier Martínez Torres

Universidad de los Llanos, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8991-5079>

Yeisson Aníbal Galvis Pérez

Universidad de Antioquia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3600-2580>

Santiago Mora Martínez

Universidad de Manizales, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8122-6180>

Germán Fernando Vieco Gómez

Universidad de Antioquia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0234-6262>

Cómo citar Berrío García, N., Martínez Torres, J., Galvis Pérez, Y. A., Mora Martínez, S. y Vieco Gómez, G. F. (2025). Depresión por aislamiento en el contexto de la pandemia y pospandemia: guía clínica para profesionales de la salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.dacp>

^aAutora de correspondencia. Correo electrónico: nathaly.berrio-externo@unir.net

Resumen

Introducción: el aislamiento es una medida de salud pública eficaz durante brotes infecciosos. Esta conducta es un predictor de estrés postraumático, depresión, ansiedad, entre otros. Las guías de práctica clínica representan un recurso válido para abordar los efectos negativos asociados a la depresión, estas intervenciones deben adaptarse a los recursos disponibles y la cultura de cada país.

Metodología: un panel de expertos realizó un proceso de priorización de tópicos que abordó cuatro preguntas PICO (*participants, intervention, comparison y outcome*, por su sigla en inglés) relacionadas con el manejo de la depresión por aislamiento pandémico. Se hizo una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica en bases de datos, metabuscadores y repositorios institucionales de educación superior. Además, se efectuó una revisión de la literatura en MEDLINE/PubMed, Web of Science, Biblioteca Cochrane, LILACS y SciELO. La calidad de las recomendaciones se evaluó mediante la herramienta AGREE II.

Resultados: se elaboraron un conjunto de recomendaciones clínicas basadas en el sistema GRADE. La guía incluye lineamientos específicos para el tratamiento de la depresión en adultos en contexto de aislamiento, como el vivido durante una pandemia. Las recomendaciones principales son: 1) iniciar la psicoterapia desde el momento del diagnóstico, adaptándola a las necesidades individuales del paciente; 2) priorizar la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) como tratamientos de primera línea; 3) en casos moderados o graves, considerar la combinación de psicoterapia con antidepresivos; 4) incorporar psicoeducación como parte integral del abordaje terapéutico; 5) en presencia de síntomas psicóticos, priorizar la farmacoterapia, y 6) elegir el tipo y formato de tratamiento según la disponibilidad de recursos, el nivel de riesgo clínico y las preferencias del paciente. La guía fue validada como parte del proceso de resultados del estudio, mediante un proceso estructurado de revisión por parte de clínicos, metodólogos y pacientes en tratamiento controlado y seguimiento activo. Esta validación constituye un hallazgo relevante del estudio y respalda su aplicabilidad clínica.

Conclusión: la GPC propuesta para Colombia tiene valor teórico, al adaptar evidencia internacional al contexto local mediante el sistema GRADE, y valor práctico, al ofrecer recomendaciones claras para el manejo de la depresión en adultos en situación de aislamiento. Se destaca iniciar psicoterapia desde el diagnóstico, priorizar TCC y TIP, combinar con antidepresivos en casos moderados o graves, y usar farmacoterapia en depresión psicótica. La guía proporciona herramientas útiles y contextualizadas para la toma de decisiones clínicas.

Palabras clave: depresión, guía de práctica clínica, sistema GRADE.

Abstract

Introduction: Isolation is an effective public health measure during infectious disease outbreaks. However, it is also a predictor of post-traumatic stress, depression, anxiety, among other conditions. Clinical practice guidelines represent a valid resource to address the negative effects associated with depression; nonetheless, these interventions must be adapted to the available resources and cultural context of each country.

Methods: A panel of experts conducted a prioritization process covering four PICO (*participants, intervention, comparison, and outcome*) questions related to the management of pandemic-related isolation depression. A systematic search of clinical practice guidelines was performed across databases, meta-search engines, and institutional repositories of higher education. Additionally, a literature review was conducted in MEDLINE/PubMed, Web of Science, Cochrane Library, LILACS, and SciELO. The quality of the recommendations was assessed using the AGREE II instrument.

Results: A set of clinical recommendations was developed based on the GRADE system. The guideline includes specific recommendations for the treatment of depression in adults in isolation contexts, such as those experienced during a pandemic. The main recommendations are: (1) initiate psychotherapy at the time of diagnosis, tailored to the patient's individual needs; (2) prioritize cognitive-behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT) as first-line treatments; (3) in moderate to severe cases, consider combining psychotherapy with antidepressants; (4) incorporate psychoeducation as an integral component of the therapeutic approach; (5) in the presence of psychotic symptoms, prioritize pharmacotherapy; and (6) select the type and format of treatment according to resource



availability, clinical risk level, and patient preferences. The guideline was validated as part of the study outcomes through a structured review process by clinicians, methodologists, and patients under controlled treatment and active follow-up. This validation represents a relevant finding of the study and supports its clinical applicability.

Conclusion: The proposed CPG for Colombia holds theoretical value by adapting international evidence to the local context through the GRADE system, and practical value by providing clear recommendations for the management of depression in adults experiencing isolation. Key points include initiating psychotherapy at diagnosis, prioritizing CBT and IPT, combining with antidepressants in moderate to severe cases, and using pharmacotherapy in psychotic depression. This guideline offers useful, context-specific tools for clinical decision-making.

Keywords: Depression, Clinical Practice Guideline, GRADE System.

Resumo

Introdução: o isolamento é uma medida eficaz de saúde pública durante surtos infecciosos. No entanto, também é um preditor de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, entre outros transtornos. As diretrizes de prática clínica representam um recurso válido para enfrentar os efeitos negativos associados à depressão; entretanto, essas intervenções devem ser adaptadas aos recursos disponíveis e ao contexto cultural de cada país.

Metodologia: um painel de especialistas realizou um processo de priorização de tópicos que abordou quatro perguntas PICO (participants, intervention, comparison e outcome) relacionadas ao manejo da depressão decorrente do isolamento pandêmico. Foi realizada uma busca sistemática de diretrizes de prática clínica em bases de dados, metabuscadores e repositórios institucionais de ensino superior. Além disso, efetuou-se uma revisão da literatura nas bases MEDLINE/PubMed, Web of Science, Biblioteca Cochrane, LILACS e SciELO. A qualidade das recomendações foi avaliada por meio do instrumento AGREE II.

Resultados: foi elaborado um conjunto de recomendações clínicas com base no sistema GRADE. A diretriz inclui recomendações específicas para o tratamento da depressão em adultos em contexto de isolamento, como o vivenciado durante uma pandemia. As principais recomendações são: (1) iniciar psicoterapia no momento do diagnóstico, adaptada às necessidades individuais do paciente; (2) priorizar a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a terapia interpessoal (TIP) como tratamentos de primeira linha; (3) em casos moderados ou graves, considerar a combinação de psicoterapia com antidepressivos; (4) incorporar a psicoeducação como parte integrante da abordagem terapêutica; (5) na presença de sintomas psicóticos, priorizar a farmacoterapia; e (6) escolher o tipo e o formato do tratamento de acordo com a disponibilidade de recursos, o nível de risco clínico e as preferências do paciente. A diretriz foi validada como parte dos resultados do estudo, por meio de um processo estruturado de revisão por clínicos, metodologistas e pacientes em tratamento controlado e acompanhamento ativo. Essa validação constitui um achado relevante do estudo e respalda sua aplicabilidade clínica.

Conclusão: a diretriz de prática clínica proposta para a Colômbia tem valor teórico ao adaptar evidências internacionais ao contexto local por meio do sistema GRADE, e valor prático ao oferecer recomendações claras para o manejo da depressão em adultos em situação de isolamento. Destaca-se o início da psicoterapia desde o diagnóstico, a priorização de TCC e TIP, a combinação com antidepressivos em casos moderados ou graves e o uso de farmacoterapia na depressão psicótica. A diretriz fornece ferramentas úteis e contextualizadas para a tomada de decisão clínica.

Palavras-chave: depressão, diretriz de prática clínica, sistema GRADE.

Introducción

La depresión es un problema de salud considerable. Cuando tiene larga duración y su intensidad es de moderada a grave, ocasiona gran sufrimiento y alteración en las actividades familiares, escolares y laborales; también implica mayor riesgo suicida(1-4). Su rasgo habitual es la existencia de un estado de ánimo deprimido, irritable o vacío, asociado con cambios cognitivos, conductuales y somáticos que perturban la funcionalidad (5). Esta condición puede coexistir con otros problemas mentales y enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer, enfermedades cardíacas y el dolor. Se tiene conocimiento que la depresión puede agudizar problemas de salud y empeorar el pronóstico general de los pacientes comórbidos (5-6).

Los criterios diagnósticos de esta patología, tanto en el ámbito clínico como en las investigaciones, son los de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Adicionalmente, algunos profesionales de la salud mental, como psicólogos y psiquiatras, pueden emplear los códigos diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR* (1-4). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 5% de la población mundial sufre de trastornos depresivos, siendo los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores, los más propensos. Además, entre 2005 y 2015, la prevalencia de la depresión aumentó 18% (4).

La salud mental está influenciada por una variedad de factores interconectados que van más allá de lo biológico y lo psicológico, incluyendo aspectos sociales, culturales y económicos. Las condiciones de vida, las relaciones interpersonales y el entorno social pueden desempeñar un papel crucial en el desarrollo y la persistencia de trastornos mentales. Entre estos factores, el respaldo a políticas de salud mental tiene un impacto social percibido especialmente relevante. La elaboración de guías de salud mental no solo impacta el bienestar de quienes la reciben, sino que también fortalece a quienes la brindan, fomentando vínculos que favorecen la estabilidad emocional y la salud en general (1).

Numerosas guías, incluidas las de la Sociedad Americana de Psicología (APA) y la Sociedad India de Psiquiatría, destacan la importancia de un enfoque multimodal en el tratamiento del trastorno depresivo mayor(2–5). En este sentido, el Colegio Médico Americano (ACP) recomienda, como estrategia inicial en pacientes con depresión moderada a grave en fase aguda, la combinación de terapia cognitivo-conductual y un antidepresivo de segunda generación, una recomendación condicional basada en evidencia de certeza baja. Además, diversos estudios han señalado la alta prevalencia de esta problemática en pacientes con enfermedades físicas, señalando que, en algunos casos, estas patologías pueden actuar como un factor causal, mientras que en otros la coocurrencia responde a una etiología compartida(6).

No obstante, el impacto de la infección por SARS-CoV-2 en el desarrollo de trastornos mentales sigue siendo incierto. A pesar de la existencia de múltiples consensos sobre el manejo de la infección por COVID-19, hasta la fecha no se han desarrollado guías específicas para el abordaje



de la depresión en este contexto (7,8). Sin embargo, se ha documentado que aproximadamente el 50% de los pacientes con COVID-19 presentan sintomatología compatible con este diagnóstico, lo que evidencia la magnitud del problema. En la literatura, el documento más cercano a una guía formal corresponde a recomendaciones de expertos dirigidas al manejo de la depresión y la ansiedad en el personal de salud afectado por la pandemia(9).

Durante la pandemia de SARS CoV2, se documentó un incremento en el riesgo de este síndrome. A pesar de que el aislamiento y la restricción documentaron ser medidas de salud pública eficaces para prevenir el contagio de enfermedades infecciosas, el aislamiento también ha demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de salud mental.

Las medidas que se utilizaron para la prevención del contagio durante la pandemia de la enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) fueron la cuarentena y el aislamiento. La cuarentena es la separación y restricción del desplazamiento de personas que potencialmente están expuestas a una enfermedad infecciosa. Por su parte, el aislamiento es la separación de las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad contagiosa (1). El brote de COVID-19 alertó sobre la necesidad de mitigar los efectos psicológicos negativos asociados con estas políticas preventivas(2). En ese contexto, la implementación de programas de salud mental durante brotes infecciosos ha evidenciado ser útil, sobre todo en los que da la utilización de técnicas de primeros auxilios psicológicos (PAP), psicoeducación, terapia cognitivo conductual y terapias de resolución de problemas (3).

Cada país debe diseñar sus propias estrategias de intervención a partir de un análisis detallado de las necesidades de su población. Aunque existen guías de práctica clínica basadas en la evidencia (GPC-BE), su implementación debe ajustarse a los recursos disponibles y a las particularidades culturales de cada nación. Asimismo, es fundamental que los tratamientos sean administrados por profesionales de la salud (7). En este sentido, el desarrollo de guías de práctica clínica (GPC) en contextos de emergencia, como la pandemia, adquiere una importancia social significativa debido a la magnitud del problema, su letalidad y la posibilidad de futuros brotes infecciosos. Además, es crucial identificar a las personas que presentan morbilidades psicológicas derivadas del aislamiento, a fin de intervenir oportunamente y mitigar sus efectos sobre la salud mental (8-11). Dado que en Colombia aún no se cuenta con guías de intervención clínica basadas en la evidencia disponible, la guía que presentamos aquí es una herramienta para abordar esta necesidad (12-13). El objetivo específico de esta guía es proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible para la identificación, evaluación y tratamiento de las afectaciones psicológicas derivadas de la pandemia, con el fin de optimizar la atención en salud mental y reducir el impacto a largo plazo de estas condiciones en la población.

Metodología

Esta GPC parte de la iniciativa de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Un panel de expertos realizó un proceso de priorización de tópicos, identificando los temas abordados por la GPC. Se consideraron las pautas descritas en la *Guía Metodológica*

para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (14) y la *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano* (15).

Las preguntas clínicas se elaboraron con formato PICO (*participants, intervention, comparison y outcome*, por sus siglas en inglés) (16), y fueron validadas con la participación de actores clave en el tratamiento de adultos con depresión. Se hizo una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica en bases de datos, metabuscadores y repositorios institucionales de educación superior, en la biblioteca Cochrane, en el *International Prospective Register Of Systematic Reviews* (PROSPERO), en las páginas web de organismos recopiladores de guías (National Guideline Clearinghouse-NGC, Guideline International Network-GIN, *Catalogage et l'Indexation des Sites Médicaux-CISMEF*, *German Agency for Quality in Medicine*), en las páginas web de organismos que producen GPC (*New Zealand Guidelines Group-NZGG*, *National Institute for Clinical Excellence-NICE*, *Scottish Intercollegiate Network-SIGN*) y en repositorios de GPC nacionales o iberoamericanas (Guía Salud, Redsalud, Cenetec) (17).

Se contactó a los autores de las GPC elaboradas en los últimos cinco años (Tabla 1) y se obtuvo respuesta positiva para la autorización de adaptación de la *Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental* (18). Asimismo, se evaluó su calidad aplicando la herramienta AGREE II (19-20), que permite evaluar el rigor metodológico y la transparencia con la que se desarrolla una GPC y puede utilizarse para guiar su desarrollo. La evaluación de calidad se observa en el anexo 1.

Tabla 1. Búsqueda y selección de las GPC

Desenlace	Nombre de la guía de práctica clínica	Año de publicación	Autores	País	Uso de metodología GRADE o basada en evidencia (sí/no)	Incluida
Depresión	Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental	2003	Ministerio de Sanidad y Consumo	España	NO	NO
	Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y ansiedad	2004	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	España	NO	NO
	Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores	2007	Espinosa-Aguilar <i>et al.</i> (10)	México	SI	NO
	Guía técnica do proceso de atención á depresión	2009	Xunta de Galicia (11)	España	SI	NO
	Guía clínica para el manejo de la depresión	2010	Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz (Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz)	México	SI	NO

Desenlace	Nombre de la guía de práctica clínica	Año de publicación	Autores	País	Uso de metodología GRADE o basada en evidencia (sí/no)	Incluida
	Guía de atención integral para la 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. Parte II: aspectos generales del tratamiento, manejo de la fase aguda, continuación y mantenimiento del paciente con diagnóstico de depresión	2012	Bohórquez Peñaranda <i>et al.</i> (12)	Colombia	SI	NO
	Guía de atención integral para la 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 Parte I: factores de riesgo, tamización, diagnóstico	2012	Carlos Gómez-Restrepo <i>et al.</i> (13)	Colombia	SI	NO



Desenlace	Nombre de la guía de práctica clínica	Año de publicación	Autores	País	Uso de metodología GRADE o basada en evidencia (sí/no)	Incluida
	y evaluación de riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión					
	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	Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias (14)	Colombia	SÍ	NO
	Implementación de la Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y atención integral del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos en el Hospital Universitario Cari ESE Neurociencias de Barranquilla (Colombia)	2016	Eduardo Navarro-Jiménez <i>et al.</i> (15)	Colombia	SÍ	NO
	Impacto de la guía clínica de la depresión informatizada de Cataluña en el diagnóstico y el	2017	Myriam Cavero Álvarez (16)	España	NO	NO

Desenlace	Nombre de la guía de práctica clínica	Año de publicación	Autores	País	Uso de metodología GRADE o basada en evidencia (sí/no)	Incluida
	tratamiento de la depresión en atención primaria: estudio controlado del efecto de un proceso de implementación					
	Evaluación de la implementación de una guía de práctica clínica para el manejo de la depresión en atención primaria	2018	Nogueras Morillas (17)	España	SÍ	NO
	Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental	2019	Vargas Cajahuanca <i>et al.</i> (18)	Perú	SÍ	SÍ

Fuente: elaboración propia



Se llevaron a cabo estrategias de búsqueda individuales para cada pregunta clínica PICO. La búsqueda sistemática se realizó en diversas bases de datos como: MEDLINE/PubMed, Web of Science, Biblioteca Cochrane, LILACS y SciELO, teniendo en cuenta los niveles de jerarquía de la evidencia científica, iniciando con metaanálisis y revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados y diseños observacionales (21-22). El cuerpo de evidencia resultante fue seleccionado y resumido por los autores (NBG y JMT). Se revisaron a texto completo los artículos seleccionados. Las discrepancias entre revisores fueron resueltas por consenso con un tercer miembro (GFVG). La calificación del conjunto de evidencia se realizó utilizando del sistema GRADE (Tabla 2)(23-24). Finalmente, las recomendaciones se elaboraron con base en el sistema GRADE (23-24), que permitió integrar la mejor evidencia y experiencia clínica y metodológica. Para cada pregunta se diseñó una tabla de evidencia GRADE (Tabla 3).

Tabla 2. Grados de calidad de la evidencia en el sistema GRADE

Grado de evidencia GRADE	Definición
Alta	Alta confianza en la coincidencia entre el efecto real y el estimado.
Moderada	Moderada confianza en la estimación del efecto. Hay posibilidad de que el efecto real esté alejado del efecto estimado.
Baja	Confianza limitada en la estimación del efecto. El efecto real puede estar lejos del estimado.
Muy baja	Poca confianza en el efecto estimado. El efecto verdadero muy probablemente sea diferente del estimado.

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Fuerza de las recomendaciones en el sistema GRADE

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte, a favor	Los efectos deseables superan los efectos indeseables. Se recomienda hacerlo.
Débil, 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.

Fuente: elaboración propia

Para la inclusión del punto de vista de los pacientes, el GEG empleó una guía de entrevista informal semiestructurada con preguntas abiertas, con el propósito de evidenciar la perspectiva de los pacientes respecto a la elección del tipo de tratamiento y sus efectos secundarios. La guía fue validada por clínicos y metodólogos, y administrada de forma voluntaria, intencional por oportunidad y mediante una conversación informal semiestructurada con preguntas abiertas a 9 pacientes con tratamiento controlado y en seguimiento por depresión, que acudieron al servicio de atención psicológica del Centro Integral de Psicología (CIP) de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt (Anexo 2). Antes de su difusión, la presente GPC fue revisada por pares expertos de la Universidad San Buenaventura y la Institución Universitaria de Envigado.

Resultados

Recomendación 1: inicio de tratamiento

1. ¿Cuál es el momento indicado para iniciar tratamiento psicoterapéutico en personas diagnosticadas con depresión?

1.1. Cualquier paciente diagnosticado con depresión deberá recibir intervenciones psicoterapéuticas como primera opción y esta dependerá de sus necesidades (25).

1.2. La terapia interpersonal (TIP) y la terapia cognitiva conductual (TCC) se recomiendan como tratamientos de primera línea para fase aguda y de mantenimiento (26).

1.3. Las intervenciones psicoterapéuticas de menor intensidad, como la psicoeducación, se recomienda en adultos con depresión leve (27).

1.4. Se debe considerar la disponibilidad de un tratamiento psicológico de alta calidad con bases en la evidencia y el riesgo de retraso en el inicio del tratamiento. En casos severos y de alto riesgo, es imperativo iniciar un tratamiento que esté disponible de inmediato y considerar



todas las modalidades de tratamiento, incluida la neuroestimulación. En casos moderadamente graves y de bajo riesgo, la elección del tratamiento inicial entre el tratamiento psicológico y los antidepresivos puede estar determinada por la disponibilidad de los tratamientos y las preferencias del paciente (26).

1.5. Si la depresión ha tenido una respuesta limitada o nula al tratamiento con medicamentos antidepresivos solos, y no se puede encontrar ni resolver una causa obvia, se sugiere analizar otras opciones de tratamiento con la persona y tomar una decisión compartida sobre cómo proceder en función de su necesidad clínica y preferencias. Las opciones incluyen: agregar una intervención de ejercicio grupal y cambiar a una terapia psicológica (28).

1.6. Las terapias psicológicas no están indicadas para personas con depresión psicótica, que requieren farmacoterapia con antidepresivos y antipsicóticos (29,30). Se ha descubierto que el tratamiento para la depresión en atención primaria no solo reduce síntomas depresivos, sino que también previene la aparición de depresión mayor (31). Los beneficios se consideran moderados. Las intervenciones de psicoterapia al inicio de tratamiento son beneficiosas para la depresión leve y moderada. En la depresión severa se considera riesgosa por la ideación suicida latente. Actualmente, se ha evidenciado que las psicoterapias se pueden administrar, ya sea en un entorno virtual o en vivo. La intervención se considera aceptable.

Recomendación 2: tratamiento psicoterapéutico de elección

2. En cuanto a calidad de vida, remisión de síntomas, recuperación funcional, recaídas, disminución del riesgo suicida, intentos de suicidio y suicidios, ¿cuál es el tratamiento psicoterapéutico más efectivo entre las terapias cognitivo conductual, activación conductual, interpersonal o racional emotiva en adultos con diagnóstico de depresión moderada o grave?

2.1. Analice las opciones de tratamiento con las personas que tienen un nuevo episodio de depresión más grave y haga coincidir su elección de tratamiento con sus preferencias clínica (28).

2.2. La combinación de antidepresivo y psicoterapia es recomendada en adultos con depresión moderada o grave (27).

2.3. En cuanto a eficacia de los tratamientos en episodios depresivos y trastornos depresivos persistentes, la TIP y TCC tienen mayor nivel de evidencia (32).

2.4. Las guías de práctica han recomendado la TCC y TIP como los tratamientos de elección para el trastorno de depresión mayor (33).

2.5. Las recomendaciones de tratamiento psicológico de primera línea para la depresión mayor incluyen la TCC, la TIP y la TAC (26).

2.6. Cuando sea factible, se recomienda combinar el tratamiento psicológico (TCC o TIP) con el tratamiento antidepresivo porque el tratamiento combinado es superior a cualquiera de los tratamientos por separado (26,34).

2.7. La TCC, entorno virtual o in vivo, es eficaz para apoyar el tratamiento de la depresión (35).

2.8. La TCC autoguiada basada en Internet puede ser una alternativa de tratamiento para los síntomas de la depresión, en aquellas personas que no quieran tener ningún contacto terapéutico (36).

2.9. Las recomendaciones de segunda línea incluyen psicoterapia por computadora y por teléfono (26).

Los beneficios esperados se consideraron moderados. Las guías de práctica han recomendado la TCC y la TIP como tratamiento de elección para la depresión mayor, estas demuestran mayores niveles de evidencia respecto a la efectividad del tratamiento en los episodios y trastornos depresivos recurrentes. La intervención se considera aceptable.

Recomendación 3: terapia grupal

3. En adultos diagnosticados con depresión moderada o grave, ¿la terapia individual es más efectiva en comparación con la terapia grupal en cuanto a remisión de síntomas, recuperación funcional, calidad de vida, disminución de riesgo suicida, intentos de suicidios y suicidios?

3.1. Los grupos de ayuda mutua se recomiendan como intervención en personas diagnosticadas con depresión psicosocial moderada (37).

3.2. Considere la terapia de pareja conductual para personas con depresión menos severa o más severa, que tienen problemas en la relación con su pareja, sí: los problemas de la relación podrían estar contribuyendo a su depresión, o involucrar a su pareja puede ayudar en el tratamiento de su depresión (28).

3.3. En pacientes con depresión mayor se puede implementar la TCC en formato grupal (37).

3.4. La psicoterapia de grupal beneficiosa como intervención en pacientes adultos y podría mejorar el acceso al tratamiento (38).

Se encuentran beneficios en los grupos de ayuda. La terapia grupal puede ser particularmente efectiva para ciertos pacientes, como aquellos que tienen problemas de interacción social. Por otro lado, la terapia individual puede ser más efectiva para aquellos con síntomas más severos o



para aquellos que necesitan atención personalizada. Se recomienda realizar estudios con mayor calidad de evidencia. La intervención se considera aceptable.

Recomendación 4: tiempo de respuesta a psicoterapia

4. En personas diagnosticadas con depresión ¿Cuánto tiempo es adecuado para que el tratamiento con psicoterapia obtenga respuesta terapéutica en cuanto a remisión de los síntomas y recuperación funcional?

4.1. La evidencia indica que el tiempo indicado de tratamiento puede variar de acuerdo de los pacientes, su adherencia y la terapia aplicada (28,37,39).

4.2. La TCC grupal suele organizarse en 12 sesiones durante 8 semanas con duración de 2 horas cada una (37).

4.3. La TCC tiene una duración frecuente entre 15-20 sesiones de 50 minutos 1 vez por semana (37).

4.4. La TCC, la TRP y la IBAP pueden ser aplicadas en 8 sesiones (40).

4.5. Para las personas que desean continuar y prevenir recaídas, se recomienda seguir con la misma terapia (ya sea sola o combinada con un antidepresivo), adaptada por el terapeuta para la prevención de recaídas. Esto debe incluir al menos 4 sesiones más del mismo tratamiento con un enfoque en un componente de prevención de recaídas y lo que se necesita para mantenerse bien (28).

Los beneficios de esta recomendación son moderados favoreciendo las intervenciones. Los síntomas depresivos tienen una reducción rápida y sostenida en cuanto a la administración de la TCC virtual. Las intervenciones son aceptadas por el personal de salud.

En la figura 1, se muestra el flujograma para la atención del paciente con depresión. La presente guía de práctica clínica será actualizada en un plazo de 3 años. En el caso de que exista nueva evidencia que pueda modificar o generar nuevas recomendaciones, deberá realizarse la actualización.

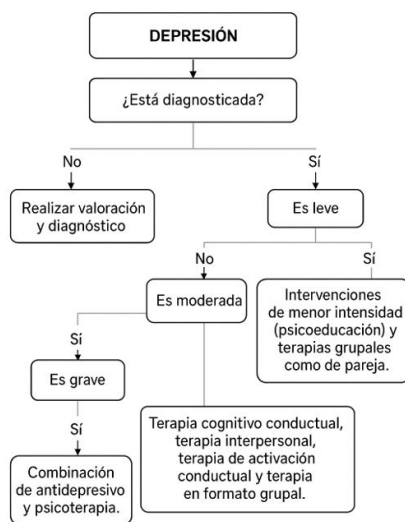


Figura 1. Algoritmo para la depresión
Fuente: elaboración propia.

Discusión

La salud es un concepto multifacético influenciado por diversos factores interrelacionados, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y espirituales. En este contexto, tanto la salud como la enfermedad mental no pueden reducirse exclusivamente a dimensiones biológicas o psicológicas, sino que deben entenderse también desde una perspectiva social. Las políticas de salud mental influyen directamente en la aparición, evolución y persistencia de las enfermedades, además de ser fundamentales en la promoción y el mantenimiento del bienestar (1).

Más de 5% de la población mundial sufre depresión (4). Los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores son los más propensos (41). Entre 2005 y 2015, la prevalencia de la depresión aumentó 18% (41). Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, la prevalencia de cualquier trastorno depresivo a lo largo de la vida en adultos colombianos (5,4%) es superior al promedio mundial estimado. Esta cifra se eleva aún más en zonas urbanas, alcanzando un 6% (42). Además, durante la pandemia de la COVID-19, la depresión representó el 26.6% de los trastornos mentales (43). Un estudio llevado a cabo, durante el aislamiento debido a la pandemia de la COVID-19, con una muestra compuesta en su mayoría por colombianos (1413 de 1722 participantes que representaron el 82.58%) encontró prevalencias de 30.05% para depresión leve, 17.41% para depresión moderada, 7.86% para depresión moderadamente grave y 5.07% para depresión grave (44).

Este panorama epidemiológico permitió orientar la selección de evidencia para la formulación de las recomendaciones. Para emitir la recomendación uno, se seleccionaron 16 documentos de



los cuales seis fueron revisados a texto completo. La NICE (2016) indica que se debe considerar la disponibilidad de un tratamiento psicológico basado en la evidencia. En casos severos y de alto riesgo, se deben considerar todas las modalidades de tratamiento e iniciar el manejo de inmediato. Si es de bajo riesgo, la elección del tratamiento puede estar determinada por la disponibilidad y las preferencias del paciente (26).

Además, un metaanálisis encontró que el tratamiento psicológico fue mejor que las condiciones de control como manejo usual, lista de espera u otras intervenciones. Este efecto es particularmente mayor cuando el cuadro depresivo es anterior al tratamiento en cuanto a la activación comportamental y TIP (en depresión de alta severidad: d cohen = 0,63; IC 95 %: 0,31 a 0,94; $Z = 3,94$; $p = 0,01$, y baja severidad, d cohen = 0,22; IC 95 %: -0,05 a 0,49; $Z = 1,62$; $p = ,11$). Esta evidencia es de calidad baja porque existe sospecha de sesgo de publicación (45).

En general, el tratamiento psicoterapéutico debe permitir reconocer los sentimientos y emociones, debe promover la tolerancia. La buena intervención ayuda al paciente en el desarrollo de nuevas estrategias y actitudes asertivas (27) y la terapia psicológica en atención primaria ha demostrado efectos positivos. En los últimos años, se ha evidenciado que las psicoterapias se pueden administrar de manera efectiva a través de aplicaciones de salud electrónica (31,35).

Para la construcción de la segunda recomendación se seleccionaron 22 documentos, de los cuales se eligieron 10 publicaciones. No se hallaron estudios que comparen las 3 intervenciones, pero se encontraron documentos que comparaban la TCC con la TRE, y con la TIP de manera independiente. Diversos estudios han demostrado que la TCC es superior a las condiciones de control y tan eficaz como otras psicoterapias y medicamentos antidepresivos en el tratamiento agudo. Incluso, la TCC puede ser tan eficaz como la ADM en pacientes con depresiones más graves. También puede ser útil en el trastorno bipolar como complemento de los medicamentos, así como reducir las tasas de recaída. Los pacientes casados o aquellos con niveles bajos de actitudes disfuncionales antes del tratamiento parecen tener mayor probabilidad de responder positivamente a la TCC en comparación con quienes no presentan estas características (46). Zhou y colaboradores (2017) examinaron los efectos terapéuticos de la TCC versus la TPI en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. En los estudios que incluyeron únicamente psicoterapia y mayor número de sesiones, no se encontraron diferencias significativas entre la TIP y la TCC según la puntuación en el IDB. Sin embargo, la calidad metodológica de la mayoría de los ensayos fue limitada (33).

En un metaanálisis en red que examinó la eficacia comparativa de siete intervenciones psicoterapéuticas para la depresión en adultos, cada una de las intervenciones psicoterapéuticas fue superior a alguna de las condiciones control en lista de espera con efectos moderados a grandes. La TIP fue significativamente más eficaz que la terapia de apoyo y el análisis mostró que las características de los pacientes no influyeron en los efectos del tratamiento. La restricción paso a paso de los análisis según el tamaño de muestra mostró efectos sólidos para la TCC, TIP y TRP. En general, las diferentes intervenciones psicoterapéuticas para la

depresión tienen beneficios comparables. Sin embargo, la solidez de la evidencia fue variada (39,47). Otro metaanálisis evaluó la efectividad de la TCC comparada con farmacoterapia y otras psicoterapias, encontrando que solo la terapia psicodinámica tuvo un efecto similar (48). Asimismo, una revisión sistemática de la literatura comparó los efectos de la TCC electrónica con la presencial demostrando que la TCC electrónica fue más eficaz que la presencial en la disminución de la gravedad de síntomas de depresión (49). Otros autores han reportado datos similares (35,36,50).

Para la emisión de la cuarta recomendación se seleccionaron 56 artículos, los cuales fueron revisados a texto completo. Existe evidencia de buena calidad que respalda la efectividad de las intervenciones breves. Varios ensayos han demostrado la eficacia de una intervención de TCC de 8 sesiones (51-52). Incluso, un metaanálisis mostró que las RV encontraron que las psicoterapias breves eran más eficaces que el control, con tamaños del efecto que oscilaban entre -0,33 y -0,25. Nuestro metaanálisis encontró que seis a ocho sesiones de TCC fueron más eficaces que el control (ES -0,42, IC del 95%: -0,74 a -0,10, 12 = 56%). En conjunto, estos hallazgos permiten concluir que la depresión se puede tratar de manera eficaz con seis a ocho sesiones de psicoterapia, particularmente TCC y terapia de resolución de problemas. El acceso a tratamientos no farmacológicos para la depresión podría mejorarse capacitando a los proveedores de atención médica para que brinden psicoterapias breves (40). Para las personas que comienzan la TCC grupal o el tratamiento combinado de Terapia cognitiva basada en Mindfulness (TCBM) para la prevención de recaídas, se recomienda un curso de terapia con un enfoque explícito en el desarrollo de habilidades de prevención de recaídas y lo que se necesita para mantenerse bien (28,37,53,54).

Sobre los tratamientos mediados por la tecnología, Stuart y colaboradores concluyeron que la TCC virtual para la depresión vs. la del tratamiento habitual fue una estrategia óptima con más probabilidades de lograr la remisión a las 8 semanas. El grupo de intervención experimentó una disminución rápida y moderada en la gravedad (55). Estos datos han sido respaldados por otros autores (56).

Esta guía de práctica clínica presenta algunas limitaciones. Debe enfatizarse que, aunque algunas recomendaciones sean útiles en un panorama global, cada país y cultura debe adaptarlas a su población particular y recursos disponibles. Esto implica que la efectividad de las recomendaciones puede variar dependiendo de cómo se adapten localmente. La recomendación de iniciar intervenciones psicoterapéuticas inmediatamente o emplear tecnologías virtuales depende de la disponibilidad, lo cual puede no estar garantizado en todos los contextos como en regiones con recursos limitados. Algunos estudios empleados para formular las recomendaciones tienen evidencia de baja calidad lo que puede afectar la solidez de las recomendaciones. Por último, la guía fue elaborada en el contexto de la pandemia de la COVID-19, pero la evidencia específica sobre el impacto de intervenciones durante



una pandemia puede ser limitada y no necesariamente extrapolable a otras situaciones de emergencia.

Conclusión

La implementación de cuarentenas y aislamientos durante la pandemia ha demostrado ser una medida eficaz para contener la propagación de enfermedades, aunque conlleva riesgos para la salud mental, especialmente en el desarrollo de condiciones como la depresión. Es imperativo que Colombia adapte intervenciones específicas basadas en la evidencia. Las GPC son esenciales, no solo en el contexto actual, sino también como preparación para eventuales contingencias futuras. La propuesta de una GPC para Colombia, fundamentada en el método GRADE, proporciona un enfoque teórico y práctico para evaluar la evidencia y ofrecer recomendaciones para el tratamiento de la depresión en adultos afectados por el aislamiento. Estas iniciativas son cruciales para preservar la salud mental de la población y preparar sistemas de atención de la salud para hacer frente a desafíos similares en el futuro.

Agradecimientos

Centro Integral de Psicología (CIP) Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt.

Referencias

1. Gabarrell-Pascuet A, García-Mieres H, Giné-Vázquez I, Moneta MV, Koyanagi A, Haro JM, Domènech-Abella J. The Association of Social Support and Loneliness with Symptoms of Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress during the COVID-19 Pandemic: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 4;20(4):2765. doi: 10.3390/ijerph20042765.
2. Avasthi A, Grover S. Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian J Psychiatry*. 2018 Feb;60(Suppl 3):S341-S362. doi: 10.4103/0019-5545.224474.
3. Grover S, Avasthi A. Clinical Practice Guidelines for the management of depression in children and adolescents. *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan;61(Suppl 2):226-240. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_563_18.
4. Gautam S, Jain A, Gautam M, Vahia VN, Grover S. Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. *Indian J Psychiatry*. 2017 Jan;59(Suppl 1):S34-S50. doi: 10.4103/0019-5545.196973.
5. Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. Summary of the clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. *Am Psychol*. 2022 Sep;77(6):770-780. doi: 10.1037/amp0000904.
6. Qaseem A, Owens DK, Etcheandía-Ikobaltzeta I, Tufte J, Cross JT Jr, Wilt TJ, et al; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatments of Adults in the Acute Phase of Major Depressive Disorder: A Living Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2023 Feb;176(2):239-252. doi: 10.7326/M22-2056.

7. Mazza MG, Palladini M, Poletti S, Benedetti F. Post-COVID-19 Depressive Symptoms: Epidemiology, Pathophysiology, and Pharmacological Treatment. *CNS Drugs*. 2022 Jul;36(7):681-702. doi: 10.1007/s40263-022-00931-3.
8. Zhu C, Zhang T, Li Q, Chen X, Wang K. Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic: Epidemiology, Mechanism, and Treatment. *Neurosci Bull*. 2023 Apr;39(4):675-684. doi: 10.1007/s12264-022-00970-2.
9. Kamran A, Naeim M, Ghobadi Bagvand S. Effective recommendations for reducing anxiety and depression caused by COVID-19 outbreak in medical staff. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020 Aug;34(4):192-193. doi: 10.1016/j.apnu.2020.06.003.
10. Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Ment*. 2007;30(6):69–80.
11. Xunta de Galicia. Guía técnica do proceso de atención a depresión. 2009.
12. Bohórquez Peñaranda AP, García Valencia J, Rodríguez-Guarín M, Arenas-Borrero ÁE, Díaz SMC, de la Hoz Bradford AM, et al. Parte II: Guía de atención integral para la 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. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012;41(4):740–773. doi:10.1016/S0034-7450(14)60045-7
13. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. *Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio*. Rev Colomb Psiquiatr. 2016 Dic;45(Supl 1):2–8. doi:10.1016/j.rcp.2016.04.007
14. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias; 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/.../Guia-practica-clinica-depresion-adultos.pdf>
15. Navarro-Jiménez E, Laborde-Cárdenas C, Gómez-Méndez P, Morales R. Implementation of clinical practice guideline (CPG) for early detection, diagnosis and comprehensive care of the depressive episode and recurrent depressive disorder in adults at hospital universitario cari ESE neurociencias de barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2016;32(3):429–35.
16. Caveró Álvarez M. Impacto de la guía clínica de la depresión informatizada de Cataluña en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en atención primaria: estudio controlado del efecto de un proceso de implementación. [tesis doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2017.
17. Nogueras Morillas E. Evaluación de la implementación de una guía de práctica clínica para el manejo de la depresión en atención primaria. [tesis de maestría]. Málaga: Universidad de Málaga; 2018.
18. Vargas Cajahuanca G, Gallegos Cazorla C, Salgado Valenzuela C, Salazar de la Cruz M, Huamán Sánchez K, Bonilla Untiveros C, et al. Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. *An Fac Med (Lima)*. 2019;80(1):123–130. doi:10.15381/anales.v80i1.15882



19. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ*. 2010 Dec;182(18):E839–42. doi:10.1503/cmaj.090449
20. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Bogotá; 2013.
21. Delgado CM, Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev Chilena Infectol*. 2014 Dec;31(6):705–18. doi:10.4067/S0716-10182014000600011
22. Sousa M, Navas Z, Laborde M, Alfaro B, José J, Carrascosa U, et al. Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. *Rev Soc Andal Traumatol Ortop*. 2012;29(1-2):59–72.
23. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. *Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación*. *Cir Esp*. 2014 Feb;92(2):82–88. doi:10.1016/j.ciresp.2013.08.002
24. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A. Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación [Internet]. 2017 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://gdt.gra.depro.org/app/handbook/translations/es/handbook.html>
25. Hospital Víctor Larco Herrera. *Guía de práctica clínica para el tratamiento de depresión en adultos*. Lima: Hospital Víctor Larco Herrera; 2017.
26. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016 Sep;61(9):540–60. doi: 10.1177/0706743716659417.
27. Gómez-Restrepo C, Peñaranda-Bohórquez A, García Valencia J, Rodríguez-Guarín M, Bravo Narváez E, Jaramillo L, et al. Parte I: Guía de atención integral para la 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. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012 Dec;41(4):719–39. doi:10.1016/S0034-7450(14)60044-5
28. Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE). Depression in adults: treatment and management. National Library of Medicine. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 Jun.
29. Farahani A, Correll CU. Are antipsychotics or antidepressants needed for psychotic depression? A systematic review and meta-analysis of trials comparing antidepressant or antipsychotic monotherapy with combination treatment. *J Clin Psychiatry*. 2012 Apr;73(4):486–96. doi: 10.4088/JCP.11r07324.
30. Kruizinga J, Liemburg E, Burger H, Cipriani A, Geddes J, Robertson L, Vogelaar B, Nolen WA. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Dec 7;12(12):CD004044. doi: 10.1002/14651858.CD004044.pub5.

31. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Nov 23;21(12):129. doi: 10.1007/s11920-019-1117-x.
32. Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord.* 2009 Oct;117 Suppl 1:S26-43. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.041.
33. Zhou SG, Hou YF, Liu D, Zhang XY. Effect of Cognitive Behavioral Therapy Versus Interpersonal Psychotherapy in Patients with Major Depressive Disorder: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Chin Med J (Engl).* 2017 Dec 5;130(23):2844-2851. doi: 10.4103/0366-6999.219149.
34. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry.* 2020 Feb;19(1):92-107. doi: 10.1002/wps.20701.
35. Baghaei N, Chitale V, Hlasnik A, Stemmet L, Liang HN, Porter R. Virtual Reality for Supporting the Treatment of Depression and Anxiety: Scoping Review. *JMIR Ment Health.* 2021 Sep 23;8(9):e29681. doi: 10.2196/29681.
36. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, Hoogendoorn A, Kleiboer A, Mira A, et al. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry.* 2017 Apr 1;74(4):351-9. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0044.
37. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014.
38. Barbato A, D'Avanzo B, Parabiaghi A. Couple therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jun 8;6(6):CD004188. doi: 10.1002/14651858.CD004188.pub3.
39. Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
40. Nieuwsma JA, Trivedi RB, McDuffie J, Kronish I, Benjamin D, Williams JW. Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med.* 2012 Jan 1;43(2):129-51. doi:10.2190/PM.43.2.C.
41. Xiang X, An R, Kang SW, Stagg BC, Ehrlich JR. Disability type, depression, and antidepressants use among older adults in the United States. *Aging Ment Health.* 2020 Jan;24(1):27#34. doi:10.1080/13607863.2018.1509298
42. Ministerio de Salud y Protección Social; Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias). La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 Dec;45(Supl 1):1-? doi:10.1016/j.rcp.2016.09.006



43. Mejía-Zambrano H, Ramos-Calsín L. Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr*. 2022;85(1):72–82. doi:10.20453/rnp.v85i1.4157
44. Díaz CMC, García NB, Alba-Marrugo MA, Escudero JPS, Marín-Cortés A, Tungjitcharoen W. Mental Health of People Under Isolation During the COVID-19 Outbreak: An Exploratory Study. *Rev Colomb Psicol* [Internet]. 2022 Jul 19;31(2):27–43. doi:10.15446/rcp.v31n2.89960.
45. 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. doi:10.1037/a0020570.
46. Driessen E, Hollon SD. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 Sep;33(3):537–55. doi:10.1016/j.psc.2010.04.005
47. 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*. 2017 Mar;210(3):190–196. doi:10.1192/bjp.bp.116.187773
48. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry*. 2013 Jul;58(7):376–85. doi:10.1177/070674371305800702
49. Luo C, Sanger N, Singhal N, Pattrick K, Shams I, Shahid H, et al. A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2020 Jul 1;24:100442. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100442
50. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, Berman FMG, Furukawa TA, Cuijpers P, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021 Apr 1;78(4):361–71. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4364
51. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmalting KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*. 2006 Aug;74(4):658–70. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658
52. Swartz HA, Grote NK, Graham P. Brief interpersonal psychotherapy (IPT-B): overview and review of evidence. *Am J Psychother*. 2014;68(4):443–62. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.4.443
53. 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. doi:10.1037/a0033250
54. 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. doi:10.1016/j.jad.2015.09.032
55. Stuart R, Fischer H, Leitzke AS, Becker D, Saheba N, Coleman KJ. The effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy for the treatment of depression in a large real-world primary care practice: a randomized trial. *Perm J*. 2022 Sep 14;26(3):53–60. doi:10.7812/TPP/21.183

56. Sztein DM, Koransky CE, Fegan L, Himelhoch S. Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2018 Sep;24(8):527–39. doi:10.1177/1357633X17717402

Anexo 1.

Evaluación de calidad de la GPC

DOMINIO 1. ALCANCE Y OBJETIVO							
Criterio	Muy en desacuerdo 1	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo 7
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).							X
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).							X
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.							X
DOMINIO 2. PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS							
Criterio	Muy en desacuerdo 1	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo 7
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.							X
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).							X
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.							X
DOMINIO 3. RIGOR EN LA ELABORACIÓN							



Criterio	Muy en desacuerdo 1	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo 7
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.							X
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.							X
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.							X
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.							X
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.							X
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.							X
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.							X
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.							X
DOMINIO 4. CLARIDAD DE PRESENTACIÓN							
Criterio	Muy en desacuerdo 1	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo 7

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.							X
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.							X
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.							X
DOMINIO 5. APLICABILIDAD							
Criterio	Muy en desacuerdo 1	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo 7
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.							X
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.							X
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.				X			
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria.	X						
DOMINIO 6. INDEPENDENCIA EDITORIAL							
Criterio	Muy en desacuerdo 1	2	3	4	5	6	Muy de acuerdo 7

22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	X						
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.						X	

Evaluación global de la guía

Para cada pregunta, por favor elija la respuesta que mejor caracteriza la guía evaluada

1. Puntúe la calidad global de la guía.

La calidad más baja posible	2	3	4	5	6	La calidad más alta posible
1						7

2. ¿Recomendaría esta guía para su uso?

X	Sí
	Sí, con modificaciones
	No

Notas. La GPC evaluada fue elaborada con el rigor establecido por las normas internacionales para tal propósito, y, por tanto, puede ser adaptada al contexto colombiano.

Anexo 2.

Guía de entrevista para la evaluación de la perspectiva de los pacientes

1. ¿Tiene usted alguna preocupación, sobre el inicio del tratamiento para la/el depresión / ansiedad / estrés / estrés postraumático?
2. Entre la terapia interpersonal (TIP) y la terapia cognitiva conductual (TCC) para la depresión, ¿cuál elegiría? ¿Cuáles son las razones?
3. Entre la terapia cognitiva conductual y terapia de activación conductual o compromiso para la ansiedad, ¿cuál elegiría? ¿Cuáles son las razones?
4. Entre la terapia cognitiva conductual y las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness) para el estrés, ¿cuál elegiría? ¿Cuáles son las razones?
5. Entre la terapia de exposición prolongada y la terapia de procesamiento cognitivo para el estrés postraumático, ¿cuál elegiría? ¿Cuáles son las razones?
6. ¿Ha abandonado/ discontinuado el tratamiento psicoterapéutico?

Notas

* Artículo de investigación

