



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES



CREAP

Centro de  
Referencia  
Estatad de  
Atención  
Psicosocial

# SERVICIO DE REFERENCIA INFORMACIÓN Y CONSULTA

## «Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia»

---

Informe a 13 de junio de 2025

# Índice

ÍNDICE .....	1
CONSULTA BIBLIOGRÁFICA Y FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS .....	2
RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LITERATURA CIENTÍFICA .....	43

# Consulta bibliográfica y fuentes de información consultadas

**Asunto central de la búsqueda:** Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia.

**Ámbito profesional o interés particular:** Ámbito profesional.

**Área de especialización profesional:** Salud Mental.

**Idiomas:** Castellano.

**Periodo (en años):** ND.

**Fecha de elaboración del informe:** 13 de junio de 2025.

## Fuentes de información consultadas:

- Web of Science
- Pubmed
- Biblioteca Cochrane
- Otras fuentes oficiales.

# Resultados de la búsqueda bibliográfica

## LITERATURA CIENTÍFICA

### Pubmed y WoS

<b>Título</b>	<b>Processes of change in digital interventions for depression: A meta-analytic review of cognitive and behavioral mediators</b>
<b>Autoría</b>	Matthias Domhardt, Vera Mennel, Florian Angerer, Simon Grund, Axel Mayer, Rebekka Büscher, Lasse B Sander, Pim Cuijpers, Yannik Terhorst, Harald Baumeister
<b>Publicación</b>	Behav Res Ther. 2025 Jun;189:104735.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Se ha establecido la eficacia de las intervenciones digitales para la depresión. En cambio, actualmente sólo se dispone de conocimientos limitados sobre sus procesos de cambio, y están pendientes estimaciones precisas del tamaño del efecto de los mediadores.</p> <p>Este estudio tuvo como objetivo revisar sistemáticamente los estudios de mediación y evaluar meta-analíticamente los efectos indirectos de los mediadores cognitivos y conductuales en las intervenciones digitales para adultos con depresión. Se realizaron búsquedas sistemáticas de ensayos controlados aleatorios elegibles en las bases de datos CENTRAL, Embase, MEDLINE y PsycINFO. Dos revisores independientes extrajeron los datos, asignaron los mediadores a ocho categorías y evaluaron la calidad metodológica de los estudios incluidos. Se aplicó el modelado de ecuaciones estructurales en dos etapas para sintetizar los efectos indirectos de los mediadores cognitivos y conductuales. En total, fueron elegibles 25 estudios (8110 participantes), que investigaron 31 mediadores cognitivos, 29 conductuales y 24 de otro tipo. Los metanálisis arrojaron efectos indirectos significativos para los mediadores cognitivos combinados (<math>ab = -0,068</math>; IC 95 %: <math>[-0,093, -0,047]</math>; <math>k = 14</math> estudios) y los mediadores conductuales combinados (<math>ab = -0,037</math>; IC 95 %: <math>[-0,048, -0,028]</math>; <math>k = 13</math>), pero no para los mediadores cognitivos específicos sesgo de interpretación y actitudes disfuncionales.</p> <p>La revisión sistemática reveló que todos los estudios cumplían al menos cinco de los nueve criterios de calidad metodológica para la</p>

	investigación del proceso psicoterapéutico, pero la evaluación del riesgo de sesgo planteó algunas preocupaciones, en particular con respecto a las posibles desviaciones de las intervenciones previstas. En general, los hallazgos de esta revisión metaanalítica contribuyen a la comprensión de los mecanismos de cambio en las intervenciones digitales para la depresión, y pueden informar el avance basado en la evidencia de futuras intervenciones.
--	---

<b>Título</b>	<b>What works to reduce loneliness: a rapid systematic review of 101 interventions</b>
<b>Autoría</b>	Joanna M Blodgett, Katie Tiley, Frances Harkness, Margherita Musella
<b>Publicación</b>	J Public Health Policy. 2025 Jun;46(2):245-268.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Esta revisión evalúa la efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir la soledad en todos los grupos de edad. Los estudios fueron elegibles si el alivio de la soledad era uno de <math>\leq 3</math> objetivos, y la soledad se evaluó antes y después de la intervención mediante una medida cuantitativa validada. Los metanálisis de efectos aleatorios de las diferencias de medias estandarizadas (DME) evaluaron las diferencias en la soledad antes y después de la intervención, incluida la comparación de los grupos de control y de intervención.</p> <p>Una búsqueda exhaustiva de fuentes de literatura revisada por pares y gris identificó 95 estudios que abarcaban 101 intervenciones. Las intervenciones psicológicas tuvieron el mayor tamaño del efecto de la DME (<math>n = 23</math>: - 0,79 [IC del 95%: - 1,19; - 0,38]), seguidas de las intervenciones basadas en la interacción social (<math>n = 23</math>; - 0,50 [- 0,78; - 0,17]), las intervenciones basadas en el apoyo social (<math>n = 46</math>; - 0,34 [- 0,45; - 0,22]) y, por último, las intervenciones que incluían múltiples temas (<math>n = 9</math>).</p> <p>Los resultados destacan la eficacia de las estrategias psicológicas y de interacción social para reducir la soledad. La investigación futura debe abordar las lagunas relacionadas con los tipos de intervención y las poblaciones, haciendo hincapié en los diseños controlados aleatorios. Los responsables políticos y los profesionales pueden utilizar estos conocimientos para priorizar las intervenciones que fomentan las conexiones sociales y el apoyo psicológico en diversos entornos.</p>

<b>Título</b>	<b>Healing through art: a thematic synthesis within a quasi-systematic review of art's impact on adult</b>
---------------	--

	mental well-being during the COVID-19 pandemic
<b>Autoría</b>	Hayley Stevenson, Mamdooh Alzyood
<b>Publicación</b>	BMC Public Health. 2025 May 3;25(1):1641.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Objetivo: Sintetizar la evidencia sobre cómo tanto la terapia artística estructurada como el compromiso creativo informal apoyaron el bienestar mental de los adultos durante el aislamiento relacionado con la COVID-19, y evaluar su aplicabilidad en diversas poblaciones y contextos.</p> <p>Método: Una revisión cuasi sistemática de estudios cualitativos de CINAHL, PsycInfo y PubMed (2020-2024), analizados mediante síntesis temática.</p> <p>Resultados: El análisis de siete estudios identificó cinco temas clave: (1) procesamiento emocional y expresión a través de la creación simbólica, (2) comunicación adaptativa y conexión no verbal, (3) apoyo comunitario y creación de significado colectivo, (4) empoderamiento y recuperación de la agencia, y (5) transformación del trauma en crecimiento postraumático. Los grupos marginados -incluidos ancianos aislados, adultos discapacitados y familias con bajos ingresos- se beneficiaron significativamente tanto de la terapia artística formal como de las actividades artísticas informales, que abordaron barreras como la movilidad limitada, los problemas de comunicación y la desconexión social.</p> <p>Debate: Las intervenciones basadas en el arte demuestran su potencial como herramientas escalables y de bajos recursos para el apoyo a la salud mental, en particular para las personas que experimentan aislamiento u otras formas de vulnerabilidad, como la discapacidad o el desplazamiento. Sin embargo, su aplicación equitativa requiere modelos híbridos de prestación y adaptación cultural. Aunque los resultados cualitativos ponen de relieve la capacidad del arte para externalizar la angustia y mantener la conexión, las limitaciones metodológicas (muestras homogéneas pequeñas) hacen necesaria la validación de los resultados a largo plazo mediante métodos mixtos.</p> <p>Conclusiones: La integración del arte en los marcos de salud pública podría mitigar los daños psicológicos relacionados con el aislamiento, en particular para los grupos marginados. La investigación futura debería dar prioridad a la adaptación transcultural de las intervenciones, el codiseño dirigido por la</p>

	comunidad y los estudios que examinen cómo factores sociales como la discapacidad, los ingresos y el contexto cultural se entrecruzan para dar forma a la eficacia del apoyo a la salud mental basado en el arte.
--	---

<b>Título</b>	<b>Mental health promotion and protection relating to key life events and transitions in adulthood: a rapid systematic review of systematic reviews</b>
<b>Autoría</b>	Eleonora P Uphoff, Victoria Zamperoni, Jade Yap, Ruth Simmonds, Mark Rodgers, Sarah Dawson, Catherine Seymour, Antonis Kousoulis, Rachel Churchill
<b>Publicación</b>	J Ment Health. 2025 Apr;34(2):182-195.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Antecedentes: Durante las décadas que representan la edad adulta laboral, la mayoría de las personas experimentará uno o varios eventos o transiciones vitales significativos. Estos pueden representar un desafío para la salud mental.</p> <p>Objetivo: El objetivo principal de esta revisión sistemática rápida de revisiones sistemáticas fue resumir la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones para promover y proteger la salud mental en relación con cuatro eventos y transiciones vitales clave: embarazo y paternidad temprana, duelo, desempleo y problemas de vivienda. Esta revisión se realizó para fundamentar la política nacional del Reino Unido sobre apoyo a la salud mental.</p> <p>Métodos: Se realizaron búsquedas en bases de datos clave de revisiones sistemáticas de intervenciones para adultos en edad laboral (de 19 a 64 años) que habían experimentado o estaban en riesgo de experimentar uno de los cuatro eventos vitales clave. Dos revisores revisaron los títulos y resúmenes por duplicado, al igual que los manuscritos completos de los registros relevantes. Se evaluó la calidad de las revisiones incluidas y se extrajeron datos sobre las características de cada revisión bibliográfica. Se priorizaron las revisiones sistemáticas recientes y de alta calidad para una extracción y síntesis de datos más detallada.</p> <p>Resultados: La búsqueda y el análisis de 3997 títulos/resúmenes y 239 artículos completos dieron como resultado 134 estudios relevantes, 68 de los cuales se incluyeron en una síntesis narrativa. La evidencia fue más sólida y de mayor calidad para las intervenciones de apoyo a las mujeres durante el embarazo y el parto. Por ejemplo, se observaron beneficios de la actividad física y la terapia psicológica para la salud mental posparto. Se</p>

	<p>encontró evidencia de alta calidad sobre los efectos positivos de las intervenciones en línea para el duelo y las intervenciones psicológicas en los síntomas de duelo, estrés postraumático y depresión. La evidencia fue inconclusa y de menor calidad para otras intervenciones para el duelo, las intervenciones de apoyo al desempleo y las intervenciones de vivienda.</p> <p>Conclusiones: Si bien existen programas de prevención y promoción de la salud mental basados en la evidencia durante el embarazo y la paternidad temprana, así como para el duelo, no está claro cuál es la mejor manera de apoyar a los adultos que experimentan pérdida de empleo, desempleo y problemas de vivienda.</p>
--	--

<b>Título</b>	<b>Does physical activity-based intervention decrease repetitive negative thinking? A systematic review</b>
<b>Autoría</b>	Shimeng Wang, Mingyang Lu, Xiaoxiao Dong, Yifan Xu
<b>Publicación</b>	PLoS One. 2025 Apr 1;20(4):e0319806.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Antecedentes: El pensamiento negativo repetitivo (PNR) se caracteriza por su persistencia, dificultad de control y tendencia a centrarse en pensamientos negativos y acontecimientos pasados. Se reconoce como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad. Un número creciente de investigaciones sugiere que las intervenciones basadas en la actividad física pueden reducir eficazmente la RNT. Sin embargo, el alcance de este efecto y los mecanismos subyacentes siguen siendo inconsistentes en los distintos estudios.</p> <p>Métodos: Esta revisión sistemática sintetizó la evidencia de 19 estudios revisados por pares recuperados de PubMed, Web of Science y otras bases de datos relevantes hasta diciembre de 2024. El objetivo fue investigar la eficacia de las intervenciones basadas en la actividad física para reducir la PNR, con un enfoque particular en la influencia del tipo de intervención, la duración, la frecuencia y la intensidad.</p> <p>Resultados: La revisión encontró que las intervenciones de actividad física reducen eficazmente el PNR, particularmente cuando se combinan con entrenamiento psicológico. Las intervenciones combinadas produjeron mayores reducciones que la actividad física por sí sola. El ejercicio de intensidad moderada a alta (30-60 min/sesión, 3-5 veces/semana) durante un período prolongado fue más eficaz, probablemente debido a mecanismos</p>



	fisiológicos, psicológicos y sociales. Las intervenciones de una sola sesión mostraron efectos limitados, lo que subraya la necesidad de un compromiso sostenido. En particular, las intervenciones resultaron más eficaces en personas con depresión, ansiedad o estrés crónico, mientras que los efectos de las intervenciones de una sola sesión fueron menores en las personas con depresión, ansiedad o estrés crónico.
--	--

<b>Título</b>	<b>A systematic review of sport-based adolescent mental health awareness programmes</b>
<b>Autoría</b>	Nora Sullivan, Gavin Breslin, Marian McLaughlin, Stephen Shannon, Gerard Leavey, Martin Dempster
<b>Publicación</b>	PLoS One. 2025 Mar 27;20(3):e0315315.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p><b>Antecedentes:</b> Las enfermedades mentales de los adolescentes son motivo de creciente preocupación, con una alta prevalencia en muchas partes del mundo. Para reducir la gravedad de los síntomas, se justifica la participación temprana, la detección y la recepción de apoyo. Aumentar la alfabetización en salud mental (ASM) a través del deporte para los adolescentes es una forma de involucrar a los jóvenes y derivarlos a los servicios. El objetivo de esta revisión sistemática fue identificar el efecto de las intervenciones, el riesgo de sesgo y la aplicación teórica en los programas de concienciación sobre salud mental para adolescentes basados en el deporte.</p> <p><b>Métodos:</b> Se realizaron búsquedas en seis bases de datos electrónicas (MEDLINE Ovid, PsycINFO, Scopus, CINAHL, SPORTDiscus, Cochrane) desde 2012 hasta septiembre de 2022 (actualizadas en enero de 2024). Los criterios de inclusión establecían que la muestra debía incluir adolescentes de 11 a 17 años, incluir resultados de salud mental y un componente deportivo.</p> <p><b>Resultados:</b> Seis estudios cumplieron los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra osciló entre nueve y 816 participantes. Se evaluaron cuatro programas distintos basados en el deporte, con tres intervenciones que aplicaban una teoría de cambio de comportamiento psicológico. Los resultados de las intervenciones indicaron efectos positivos en varios índices de ASM, como un mayor conocimiento de la salud mental, la alfabetización sobre la depresión y la ansiedad y el reconocimiento de los trastornos, el aumento de la resiliencia y las intenciones de prestar ayuda. Se constató que abordar el estigma sigue siendo un reto. Las</p>

	<p>intervenciones produjeron los efectos más significativos en las personas que obtuvieron puntuaciones más bajas en las medidas de referencia y en las cohortes más jóvenes.</p> <p>Conclusiones: El deporte es útil para el compromiso y la difusión de información de sensibilización sobre salud mental a los adolescentes. Dado el número limitado de intervenciones basadas en teorías psicológicas, es necesario realizar más intervenciones que adopten explícitamente las teorías de cambio de conducta y mejorar la calidad del diseño de la investigación para estas intervenciones. Los hallazgos de esta revisión serán de interés para los profesionales de la promoción de la salud y la salud pública y para aquellos que diseñan programas de concienciación sobre la salud mental para adolescentes.</p>
--	--

<b>Título</b>	<b>Effectiveness of Digital Lifestyle Interventions on Depression, Anxiety, Stress, and Well-Being: Systematic Review and Meta-Analysis</b>
<b>Autoría</b>	Jacinta Brinsley, Edward J O'Connor, Ben Singh, Grace McKeon, Rachel Curtis, Ty Ferguson, Georgia Gosse, Iris Willems, Pieter-Jan Marent, Kimberley Szeto, Joseph Firth, Carol Maher
<b>Publicación</b>	J Med Internet Res. 2025 Mar 20:27:e56975.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p><b>Antecedentes:</b> Cada vez hay más pruebas sólidas que demuestran que las conductas relacionadas con el estilo de vida influyen en los resultados de salud mental. La tecnología ofrece un método de implementación accesible y rentable para las intervenciones, sin embargo, el estudio de la eficacia de las intervenciones hasta la fecha ha sido específico para el modo de entrega, la población o el comportamiento.</p> <p><b>Objetivo:</b> El objetivo primario de esta revisión fue evaluar exhaustivamente la efectividad de las intervenciones de estilo de vida digital para mejorar los síntomas de depresión, ansiedad, estrés y bienestar como resultados coprimarios en adultos. El objetivo secundario fue explorar las características tecnológicas, metodológicas, específicas de la intervención y específicas de la población que se asociaron con cambios importantes en los resultados de salud mental.</p> <p><b>Métodos:</b> Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE, CINAHL, Embase, Emcare, PsycINFO y Scopus para identificar estudios publicados entre enero de 2013 y enero de 2023. Se incluyeron ensayos controlados aleatorios de</p>

	<p>intervenciones de estilo de vida (actividad física, sueño y dieta) que se administraron digitalmente; informaron cambios en los síntomas de depresión, ansiedad, estrés o bienestar en adultos (de edad <math>\geq 18</math> años); y se publicaron en inglés. Varios autores extrajeron de forma independiente los datos, que se evaluaron mediante los niveles de evidencia de 2011 del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Se utilizaron metaanálisis de efectos aleatorios de varianza inversa para el análisis de los datos. El resultado primario fue el cambio en los síntomas de depresión, ansiedad, estrés y bienestar medidos por autoinformes validados de resultados administrados por médicos desde antes hasta después de la intervención. Se realizaron análisis de subgrupos para determinar si los resultados diferían en función del comportamiento de estilo de vida objetivo, el método de entrega, las características digitales, las características de diseño o las características de la población.</p> <p><b>Resultados:</b> De los 14.356 estudios identificados, se incluyeron 61 (0,42%). Las intervenciones sobre el estilo de vida digital tuvieron un efecto significativo de pequeño a medio sobre la depresión (diferencia de medias estandarizada [DME] -0,37; <math>p &lt; 0,001</math>), un efecto pequeño sobre la ansiedad (DME -0,29; <math>p &lt; 0,001</math>) y el estrés (DME -0,17; <math>p = 0,04</math>), y ningún efecto sobre el bienestar (DME 0,14; <math>p = 0,15</math>). Los análisis de subgrupos sugirieron en general que los efectos fueron similares independientemente del método de administración o las características utilizadas, la duración y la frecuencia de la intervención, la población o el comportamiento de estilo de vida objetivo.</p> <p><b>Conclusiones:</b> En general, estos resultados indican que la realización de intervenciones sobre el estilo de vida a través de una serie de métodos digitales puede tener efectos positivos significativos sobre la depresión (<math>p &lt; 0,001</math>), la ansiedad (<math>p &lt; 0,001</math>) y el estrés (<math>p = 0,04</math>) para una amplia gama de poblaciones, mientras que los efectos sobre el bienestar no son concluyentes. La investigación futura debe explorar cómo estas intervenciones pueden ser implementadas de manera efectiva e integradas dentro de la atención de la salud con un enfoque concertado para abordar la equidad de la salud digital.</p>
--	--

<b>Título</b>	Shared reading interventions to promote psychosocial well-being in older adults: a systematic review
<b>Autoría</b>	Chiara Milani, Claudia Biagi, Ester Palmieri, Claudia Rosi, Diletta Buresta, Francesco Iocca, Fiorenza Wetzell Cabrera, Patrizio

	Zanobini, Chiara Lorini, Guglielmo Bonaccorsi
<b>Publicación</b>	Health Promot Int. 2025 Mar 5;40(2):daaf036.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Se ha demostrado que las intervenciones participativas, como la terapia artística y las actividades en grupo, favorecen un envejecimiento saludable. Sin embargo, la efectividad de la lectura compartida entre los adultos mayores requiere pruebas adicionales.</p> <p>El objetivo de esta revisión sistemática fue explorar el impacto y la efectividad de los grupos de lectura compartida para desacelerar el deterioro cognitivo, mejorar la interacción social, promover el bienestar psicosocial y mejorar los aspectos funcionales entre los adultos mayores que viven en la comunidad. Los criterios de selección incluyeron estudios publicados en inglés después del año 2000 centrados en individuos de 60 años o más y que examinaran los beneficios de la lectura compartida.</p> <p>Los estudios también incluyeron participantes con afecciones cognitivas o psiquiátricas que fueran independientes. Se consultaron siete bases de datos para esta investigación. Un total de 11 artículos cumplieron los criterios de inclusión. Un análisis descriptivo de los estudios incluidos reveló las herramientas utilizadas para medir el impacto de las intervenciones en los resultados y los resultados clave obtenidos. A pesar de la variabilidad en la metodología y los resultados, los resultados mostraron que las actividades grupales pueden mejorar la salud autoevaluada y reducir los síntomas depresivos en los adultos mayores. Las intervenciones que incluyen la lectura como forma de estimulación cognitiva mejoran las habilidades comunicativas, contribuyen al bienestar, mejoran la calidad de vida, reducen la soledad y aumentan el compromiso social.</p> <p>La lectura compartida tiene efectos positivos sobre la satisfacción con las relaciones sociales y el apoyo comunitario. Los resultados sugieren que los grupos de lectura compartida representan una intervención prometedora, no farmacológica, para promover la salud psicológica, el bienestar y la interacción social.</p> <p>Esta revisión reúne la bibliografía existente y destaca la necesidad de realizar más estudios para explorar la eficacia de este enfoque y mejorar su implementación.</p>

<b>Título</b>	<b>Comprehensive Review and Meta-Analysis of</b>
---------------	--



	<b>Psychological and Pharmacological Treatment for Intermittent Explosive Disorder: Insights From Both Case Studies and Randomized Controlled Trials</b>
<b>Autoría</b>	Fangqing Liu, Xiaoshan Yin, Wenting Jiang
<b>Publicación</b>	Clin Psychol Psychother. 2025 Jan-Feb;32(1):e70016.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>El trastorno explosivo intermitente (TEI) se caracteriza por ataques de ira repentinos y desproporcionados que pueden afectar gravemente a la calidad de vida de las personas, causando dificultades para mantener relaciones, problemas en el trabajo o en la escuela y posibles problemas legales. El objetivo de este estudio fue revisar sistemáticamente y metaanalizar la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para el IED, a partir de estudios de casos y ensayos controlados aleatorizados (ECA). En este análisis exhaustivo se incluyeron un total de 12 ECA y 14 estudios de casos. El metaanálisis reveló que los tratamientos psicológicos, en particular la terapia cognitivo-conductual (TCC), mostraron una eficacia significativa para reducir la agresividad y lograr la remisión completa en comparación con los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, estos últimos, en particular la fluoxetina, demostraron una eficacia notable para controlar la irritabilidad y lograr la respuesta al tratamiento. El análisis de subgrupos identificó el tiempo de seguimiento y el tipo de intervención como moderadores significativos de los resultados del tratamiento. La revisión sistemática de los estudios de casos puso de relieve el éxito de la aplicación de la estimulación cerebral profunda (ECP) y de diversos fármacos no indicados en la etiqueta, incluidos los ISRS y los estabilizadores del estado de ánimo, en el tratamiento de los síntomas de los IED. A pesar de estos hallazgos, el estudio subraya la necesidad de protocolos de tratamiento más sólidos y basados en la evidencia, así como de una mayor investigación sobre los mecanismos subyacentes del IED para desarrollar tratamientos específicos.</p>

## Biblioteca Cochrane de revisiones sistemáticas

<b>Título</b>	<b>Terapias psicológicas para la depresión en adultos mayores que residen en centros de larga estancia</b>
<b>Autoría</b>	Tanya E Davison, Sunil Bhar, Yvonne Wells, Patrick J Owen, Emily You, Colleen Doyle, Steven J Bowe, Leon Flicker
<b>Publicación</b>	Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Versión publicada: 19 marzo 2024.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p><b>Antecedentes</b> La depresión es frecuente entre las personas mayores que residen en centros de larga estancia. En la actualidad, a la mayoría de los residentes tratados por depresión se les recetan antidepresivos, a pesar de poder disponer de terapias psicológicas adecuadas para personas mayores y de que muchas personas mayores prefieren enfoques terapéuticos no farmacológicos.</p> <p><b>Objetivos</b> Evaluar el efecto de las terapias psicológicas para la depresión en personas mayores que viven en centros de larga estancia, en comparación con el tratamiento habitual, un control en lista de espera y un control de atención (imita la terapia de intervención en tiempo y atención recibida) no específico; y comparar la efectividad de diferentes tipos de terapias psicológicas en este contexto.</p> <p><b>Métodos de búsqueda</b> Se realizaron búsquedas en el Registro de ensayos controlados del Grupo Cochrane de Trastornos mentales comunes (Cochrane Common Mental Disorders Group), CENTRAL, MEDLINE, Embase, otras cinco bases de datos, cinco fuentes de literatura gris y dos registros de ensayos. Se realizó la comprobación de las referencias y la búsqueda en las citas, y se estableció contacto con los autores de los estudios para identificar estudios adicionales. La última búsqueda se realizó el 31 de octubre de 2021.</p> <p><b>Criterios de selección</b> Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados (ECA) y ECA por conglomerados de cualquier tipo de terapia psicológica para el tratamiento de la depresión en adultos de 65 años o más que residen en centros de larga estancia.</p> <p><b>Obtención y análisis de los datos</b> Dos autores de la revisión examinaron de forma independiente los títulos/resúmenes y los artículos completos para inclusión. Dos autores de la revisión realizaron de forma independiente la extracción de los datos y las evaluaciones del riesgo de sesgo</p>

mediante la herramienta Cochrane RoB 1. Cuando fue necesario, se estableció contacto con los autores de los estudios para obtener información adicional.

Los desenlaces principales fueron el nivel de sintomatología depresiva y la no aceptación del tratamiento; los desenlaces secundarios incluyeron la remisión de la depresión, la calidad de vida o el bienestar psicológico, y el nivel de sintomatología ansiosa. Se utilizó Review Manager 5 para realizar los metanálisis, mediante modelos de efectos aleatorios por pares. Para los datos continuos se calcularon las diferencias de medias estandarizadas y los intervalos de confianza (IC) del 95% utilizando los datos de los desenlaces, y para los datos dicotómicos se utilizaron los odds ratio y los IC del 95%. Se utilizó el sistema GRADE para evaluar la certeza de la evidencia.

#### Resultados principales

Se incluyeron 19 ECA con 873 participantes; 16 ECA de grupos paralelos y tres ECA por conglomerados. La mayoría de los estudios compararon la terapia psicológica (que suele incluir elementos de terapia cognitivo-conductual, terapia conductual, terapia de reminiscencia o una combinación de éstas) con el tratamiento habitual o con una condición que controla los efectos de la atención.

Se encontró evidencia de certeza muy baja de que las terapias psicológicas fueron más efectivas que las condiciones control sin terapia para reducir los síntomas de depresión, con un tamaño del efecto grande al final de la intervención (DME -1,04; IC del 95%: -1,49 a -0,58; 18 ECA, 644 participantes) y en el seguimiento a corto plazo (hasta tres meses) (DME -1,03; IC del 95%: -1,49 a -0,56; 16 ECA, 512 participantes). Además, la evidencia de certeza muy baja de un único estudio con 82 participantes indicó que la terapia psicológica se asoció con una mayor reducción del número de participantes que presentaban trastorno depresivo mayor en comparación con el control con tratamiento habitual, al final de la intervención y en el seguimiento a corto plazo. Sin embargo, dada la escasez de datos sobre el efecto de las terapias psicológicas en la remisión del trastorno depresivo mayor, se recomienda precaución a la hora de interpretar este resultado.

Los participantes que recibieron terapia psicológica tuvieron más probabilidades de abandonar el ensayo que los participantes que recibieron un control sin terapia (odds ratio 3,44; IC del 95%: 1,19 a

	<p>9,93), lo que podría indicar una menor aceptación del tratamiento. Sin embargo, los análisis fueron restringidos debido a la escasez de datos de los casos de abandono y a la imprecisión de los informes, por lo que el resultado se debe interpretar con cautela.</p> <p>Hubo evidencia de certeza muy baja de que la terapia psicológica fue más efectiva que las condiciones control sin terapia para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico en el seguimiento a corto plazo, con un tamaño del efecto medio (DME 0,51; IC del 95%: 0,19 a 0,82; cinco ECA, 170 participantes), pero el tamaño del efecto fue pequeño en el período posterior a la intervención (DME 0,40; IC del 95%: -0,02 a 0,82; seis ECA, 195 participantes). Hubo evidencia de certeza muy baja de ningún efecto de la terapia psicológica sobre los síntomas de ansiedad después de la intervención (DME -0,68; IC del 95%: -2,50 a 1,14; dos ECA, 115 participantes), aunque los resultados carecieron de precisión y no hubo datos suficientes para determinar los desenlaces a corto plazo.</p> <p>Conclusiones de los autores</p> <p>Esta revisión sistemática indica que la terapia cognitivo-conductual, la terapia conductual y la terapia de reminiscencia podrían reducir los síntomas depresivos en comparación con la atención habitual en los residentes de centros de larga estancia, pero la evidencia es muy incierta. Las terapias psicológicas también podrían mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico entre los residentes en centros de larga estancia con depresión a corto plazo, pero podrían no tener efecto sobre los síntomas de ansiedad en los residentes de centros de larga estancia con depresión, en comparación con las condiciones control. Sin embargo, la evidencia de estos efectos es muy incierta, lo que limita la confianza en los resultados.</p> <p>La evidencia se podría reforzar con mejores informes y ensayos controlados aleatorizados de mayor calidad de las terapias psicológicas en centros de larga estancia, incluidos ensayos con muestras más grandes, informes de resultados por separado para las personas con y sin deterioro cognitivo y demencia, y desenlaces a más largo plazo para determinar cuándo disminuyen los efectos.</p>
--	---

<b>Título</b>	<b>Intervenciones psicológicas para la depresión coexistente con los trastornos por abuso de sustancias</b>
<b>Autoría</b>	Leanne Hides, Catherine Quinn, Stoyan Stoyanov, David Kavanagh, Amanda Baker



<b>Publicación</b>	Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Versión publicada: 26 noviembre 2019.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p><b>Antecedentes</b> La depresión comórbida y los trastornos por abuso de sustancias son comunes y tienen peores resultados que cualquier otro trastorno de forma aislada. Aunque existen tratamientos psicológicos efectivos para la depresión o los trastornos por abuso de sustancias, relativamente pocos ensayos controlados aleatorizados (ECA) han examinado la eficacia de estos tratamientos en pacientes con estos trastornos comórbidos.</p> <p><b>Objetivos</b> Evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas administradas solas o en combinación con farmacoterapia para los pacientes con diagnóstico de depresión comórbida y trastornos por abuso de sustancias.</p> <p><b>Métodos de búsqueda</b> Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos hasta febrero 2019: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, PubMed, Embase, CINAHL, Google Scholar y registros de ensayos clínicos. Se realizaron búsquedas manuales de artículos pertinentes en todas las revisiones sistemáticas identificadas.</p> <p><b>Criterios de selección</b> La revisión incluye datos de ECA de los tratamientos psicológicos para pacientes con diagnóstico de depresión comórbida y trastornos por abuso de sustancias, mediante entrevistas clínicas estructuradas. Los estudios se incluyeron cuando algunos participantes de la muestra experimentaban otro trastorno de salud mental (p.ej. ansiedad); sin embargo, no se incluyeron los estudios que requerían un tercer trastorno como parte de sus criterios de inclusión. Los estudios se incluyeron cuando las intervenciones psicológicas (con o sin farmacoterapia) se compararon con ningún tratamiento, tratamiento tardío, tratamiento habitual u otros tratamientos psicológicos.</p> <p><b>Obtención y análisis de los datos</b> Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar previstos por Cochrane.</p> <p><b>Resultados principales</b> Siete ECA de los tratamientos psicológicos con un total de 608 participantes cumplieron con los criterios de inclusión. Todos los</p>

estudios se publicaron en los EE.UU. y consistieron predominantemente en muestras caucásicas. Todos los estudios compararon diferentes tipos de tratamientos psicológicos. Dos estudios compararon la terapia cognitivo-conductual integrada (TCCI) con la facilitación de doce pasos (FDP), otros dos estudios compararon la psicoterapia interpersonal para la depresión (PTI-D) con otro tratamiento (terapia de apoyo breve [TAB] o psicoeducación). Los otros tres estudios compararon diferentes tipos o combinaciones de tratamientos psicológicos. Ningún estudio comparó las intervenciones psicológicas con ningún tratamiento o tratamiento habitual como condiciones de control. Los estudios incluyeron una amplia variedad de participantes (por ejemplo, veteranos, prisioneros, adultos de la comunidad y adolescentes).

Todos los estudios presentaron un riesgo de sesgo de realización alto y otras fuentes principales incluyeron el sesgo de selección, de detección de resultados y de abandono. Debido a la heterogeneidad entre los estudios, solo se realizaron dos metanálisis. El primer metanálisis se centró en dos estudios (296 participantes) que compararon la TCCI con la FDP. La evidencia de calidad muy baja reveló que, aunque el grupo de FDP tuvo puntuaciones de depresión inferiores al grupo de TCCI después del tratamiento (diferencia de medias [DM] 4,05; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,43 a 6,66; 212 participantes), no hubo diferencias entre los grupos en cuanto a los síntomas de depresión (DM 1,53; IC del 95%: -1,73 a 4,79; 181 participantes) a los seis a 12 meses de seguimiento. Luego del tratamiento no hubo diferencias entre los grupos en la proporción de días de abstinencia (DM -2,84; IC del 95%: -8,04 a 2,35; 220 participantes); sin embargo, el grupo de TCCI tuvo una mayor proporción de días de abstinencia que el grupo de FDP a los seis a 12 meses de seguimiento (DM 10,76; IC del 95%: 3,10 a 18,42; 189 participantes). No hubo diferencias entre los grupos en la asistencia al tratamiento (DM -1,27; IC del 95%: -6,10 a 3,56; 270 participantes) o en la retención en el tratamiento (RR 0,95; IC del 95%: 0,72 a 1,25; 296 participantes).

El segundo metanálisis se realizó con dos estudios (64 participantes) que compararon la PTI-D con otro tratamiento (psicoterapia de apoyo breve/psicoeducación). La evidencia de calidad muy baja indicó que la PTI-D dio lugar a una cantidad significativamente inferior de síntomas depresivos después del tratamiento (DM -0,54; IC del 95%: -1,04 a -0,04; 64 participantes), aunque este efecto no se mantuvo a los tres meses de seguimiento

	<p>(DM 3,80; IC del 95%: -3,83 a 11,43) en el único estudio que informó los resultados del seguimiento (38 participantes; PTI-D versus psicoeducación). El abuso de sustancias se examinó por separado en cada estudio, debido a la heterogeneidad de los resultados. Ambos estudios encontraron evidencia de calidad muy baja de ninguna diferencia significativa en los resultados del abuso de sustancias después del tratamiento (porcentaje de días de abstinencia, PTI versus psicoterapia de apoyo breve; DM -2,70; IC del 95%: -28,74 a 23,34; 26 participantes) o a los tres meses de seguimiento (riesgo relativo de recaída, PTI-D versus psicoeducación; RR 0,67; IC del 95%: 0,30 a 1,50; 38 participantes). También hubo evidencia de calidad muy baja de ninguna diferencia significativa entre los grupos en la retención en el tratamiento (RR 1,00; IC del 95%: 0,81 a 1,23; 64 participantes). No se informaron eventos adversos en ningún estudio.</p> <p>Conclusiones de los autores</p> <p>Las conclusiones de esta revisión son limitadas debido a que el número de estudios incluidos fue reducido y la calidad de los mismos fue muy deficiente. No es posible establecer conclusiones acerca de la eficacia de las intervenciones psicológicas (administradas solas o en combinación con farmacoterapia) para el tratamiento de la depresión comórbida y los trastornos por abuso de sustancias, debido a que todavía no se han comparado con ningún tratamiento o con tratamiento habitual en esta población. En cuanto a las diferencias entre las psicoterapias, aunque se encontraron algunos efectos significativos, los efectos fueron demasiado inconsistentes y pequeños, y la evidencia fue de calidad demasiado deficiente, como para tener relevancia para la práctica.</p>
--	--

<b>Título</b>	<b>Terapias psicológicas para la depresión resistente al tratamiento en adultos</b>
<b>Autoría</b>	Sharea Ijaz, Philippa Davies, Catherine J Williams, David Kessler, Glyn Lewis, Nicola Wiles
<b>Publicación</b>	Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Versión publicada: 15 mayo 2018.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Antecedentes</p> <p>Los antidepresivos son un tratamiento de primera línea para los pacientes adultos con depresión mayor moderada a grave. Sin embargo, muchos pacientes a los que se les prescriben antidepresivos para la depresión no responden completamente a dicha medicación y hay poca evidencia disponible para informar el "próximo paso" más apropiado de tratamiento para dichos</p>

	<p>pacientes, que se pueden denominar pacientes con depresión resistente al tratamiento (DRT). Las guías del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) indican que el "próximo paso" para los pacientes que no responden a los antidepresivos puede incluir un cambio en la dosis o el tipo de medicación antidepresiva, el agregado de otra medicación o el comienzo de la psicoterapia. Se pueden utilizar diferentes tipos de psicoterapias para la DRT; la evidencia sobre estos tratamientos está disponible pero no ha sido compilada hasta la fecha.</p> <p>Junto con una revisión relacionada de terapias farmacológicas para la DRT, esta revisión resume la evidencia disponible sobre la efectividad de las psicoterapias en los pacientes adultos (18 a 74 años) con DRT con el objetivo de establecer el mejor "próximo paso" para este grupo.</p> <p><b>Objetivos</b> Evaluar la efectividad de las psicoterapias en pacientes adultos con DRT.</p> <p><b>Métodos de búsqueda</b> Se hicieron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Trastornos Mentales Comunes (Cochrane Common Mental Disorders Controlled Trials Register) (hasta mayo 2016) y en CENTRAL, MEDLINE, Embase y PsycINFO vía OVID (hasta el 16 mayo 2017). También se hicieron búsquedas en el World Health Organization (WHO) trials portal (ICTRP) y en ClinicalTrials.gov para identificar estudios en curso y no publicados. No hubo restricciones de fecha o de idioma.</p> <p><b>Criterios de selección</b> Se incluyeron los ensayos controlados aleatorios (ECA) con participantes de 18 a 74 años de edad diagnosticados con depresión unipolar que no habían respondido a un tratamiento antidepresivo de cuatro semanas como mínimo a una dosis recomendada. Se excluyeron los estudios de intolerancia al fármaco. Los diagnósticos aceptables de la depresión unipolar se basaron el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) o versiones anteriores, el International Classification of Diseases (ICD)-10, criterios Feighner, o los Research Diagnostic Criteria. Se incluyeron las siguientes comparaciones.</p> <p>1. Cualquier terapia psicológica versus tratamiento con antidepresivos solo, u otra terapia psicológica.</p>
--	---

2. Cualquier terapia psicológica administrada además del fármaco antidepresivo versus tratamiento antidepresivo solo, o una terapia psicológica sola.

Los resultados primarios requeridos fueron el cambio en los síntomas depresivos y el número de abandonos del estudio o el tratamiento (como una medida de aceptabilidad).

#### Obtención y análisis de los datos

Se extrajeron los datos, se evaluó el riesgo de sesgo por duplicado y los desacuerdos se resolvieron mediante discusión o consulta con una tercera persona. Cuando fue posible se utilizaron metanálisis de efectos aleatorios. Los resultados continuos se resumieron mediante las diferencias de medias (DM) o las diferencias de medias estandarizadas (DME) y los resultados dicotómicos mediante los cocientes de riesgos (CR).

#### Resultados principales

Se incluyeron seis ensayos (n = 698; la mayoría de los participantes eran mujeres de aproximadamente 40 años de edad). Todos los estudios evaluaron psicoterapia más atención habitual (con antidepresivos) versus atención habitual (con antidepresivos). Tres estudios consideraron el agregado de terapia cognitivo-conductual (TCC) a la atención habitual (n = 522), uno evaluó la psicoterapia dinámica intensiva breve (ISTDP, por sus siglas en inglés) (n = 60), uno la terapia interpersonal (TIP) (n = 34), y uno la terapia dialéctica conductual (TDC) grupal (n = 19) como la intervención. La mayoría de los estudios fueron pequeños (excepto un ensayo de TCC que fue grande), y todos los estudios tuvieron alto riesgo de sesgo de detección para el resultado principal de los síntomas depresivos informados por el paciente.

Un metanálisis de efectos aleatorios de cinco ensayos (n = 575) mostró que la psicoterapia administrada además de la atención habitual (versus atención habitual sola) produjo una mejoría en los síntomas depresivos informados por el paciente (DM -4,07 puntos; intervalo de confianza [IC] del 95%: -7,07 a -1,07 en la escala del Beck Depression Inventory [BDI]) a corto plazo (hasta seis meses). Cuando se combinaron los datos de los seis estudios para los síntomas depresivos informados por el paciente los efectos fueron similares (DME -0,40; IC del 95%: -0,65 a -0,14; n = 635). La calidad de esta evidencia fue moderada. Se observó evidencia de calidad moderada similar de un efecto beneficioso en la Patient Health

	<p>Questionnaire-9 Scale (PHQ-9) a partir de dos estudios (DM -4,66; IC del 95%: 8,72 a -0,59; n = 482) y en la Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) a partir de cuatro estudios (DM -3,28; IC del 95%: -5,71 a -0,85; n = 193).</p> <p>Evidencia de alta calidad muestra que no hubo abandono diferencial (una medida de aceptabilidad) entre los grupos de intervención y de comparación a corto plazo (CR 0,85; IC del 95%: 0,58 a 1,24; seis estudios; n = 698).</p> <p>Evidencia de calidad moderada sobre la remisión obtenida a partir de seis estudios (CR 1,92; IC del 95%: 1,46 a 2,52; n = 635) y evidencia de baja calidad sobre la respuesta obtenida a partir de cuatro estudios (CR 1,80; IC del 95%: 1,2 a 2,7; n = 556) indican que la psicoterapia tuvo efectos beneficiosos como complemento de la atención habitual a corto plazo.</p> <p>Con el agregado de TCC, evidencia de baja calidad indica puntuaciones inferiores de depresión en la escala del BDI a plazo medio (12 meses) (CR -3,40; IC del 95%: -7,21 a 0,40; dos estudios; n = 475) y a largo plazo (46 meses) (CR -1,90; IC del 95%: -3,22 a -0,58; un estudio; n = 248). Evidencia de calidad moderada sobre la TCC adyuvante no indica diferencias en la aceptabilidad (abandonos) a plazo medio (CR 0,98; IC del 95%: 0,66 a 1,47; dos estudios; n = 549) e indica menos abandonos a largo plazo (CR 0,80; IC del 95%: 0,66 a 0,97; un estudio; n = 248).</p> <p>Dos estudios informaron eventos adversos graves (un suicidio, dos hospitalizaciones y dos exacerbaciones de la depresión) en el 4,2% de la muestra total, que sólo ocurrieron en el grupo de atención habitual (ningún evento en el grupo de intervención).</p> <p>Un análisis económico (realizado como parte de un estudio incluido) desde la perspectiva de la asistencia sanitaria del Reino Unido (National Health Service [NHS]) mostró que la TCC adyuvante fue efectiva en función de los costos durante casi cuatro años.</p> <p>Conclusiones de los autores</p> <p>Evidencia de calidad moderada indica que la psicoterapia agregada a la atención habitual (con antidepresivos) tiene efectos beneficiosos en los síntomas depresivos y en las tasas de respuesta y de remisión a corto plazo en los pacientes con DRT. Los efectos a plazo medio y a largo plazo parecen ser igualmente beneficiosos, aunque la mayor parte de la evidencia se obtuvo de un único</p>
--	---

	<p>ensayo grande. La psicoterapia agregada a la atención habitual parece presentar la misma aceptabilidad que la atención habitual sola.</p> <p>Se necesita evidencia adicional sobre la efectividad de diferentes tipos de psicoterapias para los pacientes con DRT. Actualmente no hay evidencia que muestre si el cambio a una psicoterapia es más beneficioso para este grupo de pacientes que la posibilidad de continuar un régimen de medicación antidepresiva. La posibilidad de considerar esta brecha de evidencia es una meta importante para los investigadores.</p>
--	--

<b>Título</b>	<b>Intervenciones psicológicas para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en pacientes con enfermedades mentales graves</b>
<b>Autoría</b>	Jacqueline Sin, Debbie Spain, Marie Furuta, Trevor Murrells, Ian Norman
<b>Publicación</b>	Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Versión publicada: 24 de enero de 2017.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p><b>Antecedentes</b></p> <p>Hay cada vez más pruebas que indican que los individuos que desarrollan enfermedades mentales graves (EMG) también son vulnerables a desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT), debido al mayor riesgo de exposición a los eventos traumáticos y la adversidad social. Está bien establecida la efectividad de las intervenciones psicológicas centradas en el trauma (IPCT) para el TEPT en la población general. Las IPCT incluyen la identificación y el cambio en las creencias poco útiles acerca de las experiencias traumáticas, el procesamiento de los recuerdos traumáticos y el desarrollo de nuevas formas de responder a las señales asociadas con el trauma. Se conoce poco acerca de la factibilidad, la aceptabilidad y la efectividad potencial de las IPCT para los individuos que presentan EMG y TEPT.</p> <p><b>Objetivos</b></p> <p>Evaluar la efectividad de las intervenciones psicológicas para los síntomas de TEPT u otros síntomas de dificultad psicológica que surgen a partir del trauma en los pacientes con EMG.</p> <p><b>Métodos de búsqueda</b></p> <p>Se realizaron búsquedas en el Registro de Ensayos Basado en Estudios del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group) (hasta el 10 de marzo de 2016), se</p>



seleccionaron las listas de referencias de los informes y las revisiones relevantes, y se estableció contacto con los autores de los ensayos para obtener datos de resultado no publicados o específicos.

### **Criterios de selección**

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios relevantes (ECA) que investigaron la IPCT para los pacientes con EMG y TEPT y se informaron los datos utilizables.

### **Obtención y análisis de los datos**

Tres autores de la revisión (DS, MF, IN) seleccionaron de forma independiente los títulos y los resúmenes de todas las referencias identificadas, y leyeron los artículos de texto completo preseleccionados. Se evaluó el riesgo de sesgo en cada caso. Se calculó el cociente de riesgos (CR) y el intervalo de confianza (IC) del 95% para los resultados binarios, y la diferencia de medias (DM) y el IC del 95% para los datos continuos, en una base de intención de tratar. Se evaluó la calidad de las pruebas mediante Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) y se crearon tres tablas "Resumen de los hallazgos".

### **Resultados principales**

Se incluyeron cuatro ensayos con un total de 300 adultos con EMG y TEPT. Estos ensayos evaluaron tres terapias de intervención activa: la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT), la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por su sigla en inglés) y la psicoeducación breve para el TEPT, en sesiones individuales. Los resultados principales de interés fueron los síntomas de TEPT, la calidad de vida/bienestar, los síntomas de psicosis coexistente, los síntomas de ansiedad, los síntomas depresivos, los eventos adversos y los resultados económicos de salud.

#### **1. TCC-CT versus atención habitual/lista de espera**

Tres ensayos proporcionaron datos para esta comparación, sin embargo, se encontró que los datos de resultado continuos disponibles más a menudo estuvieron sesgados que no sesgados, lo cual dio lugar a la necesidad de realizar análisis por separado para los dos tipos de datos continuos. Mediante el uso de los datos no sesgados solamente, los resultados no mostraron ninguna diferencia significativa entre el TCC-CT y la atención habitual para reducir los síntomas de TEPT calificados por el médico a corto plazo



(1 ECA, n = 13; DM 13,15; IC del 95%: -4,09 a 30,39, pruebas de baja calidad ). Los datos no sesgados limitados mostraron resultados ambiguos entre los grupos en cuanto a la calidad de vida general (1 ECA, n = 39; DM- 0,60; IC del 95%: -4,47 a 3,27; pruebas de baja calidad ), los síntomas de psicosis (1 ECA, n = 9; DM- 6,93; IC del 95%: -34,17 a 20,31; pruebas de baja calidad ) y la ansiedad (1 ECA, n = 9; DM 12,57; IC del 95%: -5,54 a 30,68; pruebas de muy baja calidad ), a plazo medio. Los únicos datos disponibles sobre los síntomas de depresión estaban sesgados y fueron ambiguos a través de los grupos a plazo medio (2 ECA, n = 48; DM 3,26; IC del 95%: -3,66 a 10,18; pruebas de muy baja calidad ). La TCC-CT no se asoció con más eventos adversos (1 ECA, n = 100; CR 0,44; IC del 95%: 0,09 a 2,31; pruebas de baja calidad ) a plazo medio. No había datos disponibles para los resultados de economía sanitaria. Hubo datos muy limitados disponibles para el TEPT y otros síntomas durante el largo plazo.

## 2. EMDR versus lista de espera

Un ensayo aportó datos para esta comparación. Se encontraron efectos favorables para la EMDR en cuanto a la gravedad de los síntomas del TEPT a plazo medio aunque los datos estuvieron sesgados (1 ECA, n = 83; DM- 12,31; IC del 95%: -22,72 a -1,90; pruebas de muy baja calidad). La EMDR no se asoció con más eventos adversos (1 ECA, n = 102; CR 0,21; IC del 95%: 0,02 a 1,85; pruebas de baja calidad). No hubo datos disponibles para la calidad de vida, los síntomas de psicosis coexistente, la depresión, la ansiedad y la economía sanitaria.

## 3. TCC-CT versus EMDR

Un ensayo comparó la TCC-CT con EMDR. La gravedad de los síntomas del TEPT, basado en datos sesgados (1 ECA, n = 88; DM -1,69; IC del 95%: -12,63 a 9,23; pruebas de muy baja calidad) fue similar entre los grupos de tratamiento. No se dispuso de datos para los otros resultados principales.

## 4. TCC-CT versus psicoeducación

Un ensayo comparó la TCC-CT con psicoeducación. Los resultados fueron ambiguos para la gravedad de los síntomas del TEPT (1 ECA, n = 52; DM 0,23; IC del 95%: -14,66 a 15,12; pruebas de baja calidad ) y la calidad de vida general (1 ECA, n = 49; DM 0,11; IC del 95%: -0,74 a 0,95; pruebas de baja calidad ) a plazo medio. No hay

	<p>datos disponibles para los otros resultados de interés.</p> <p><b>Conclusiones de los autores</b></p> <p>Muy pocos ensayos han investigado las IPCT para los individuos con EMG y TEPT. Los resultados de los ensayos de la TCC-CT son limitados y no concluyentes con respecto a la efectividad en el TEPT, o en los síntomas psicóticos u otros síntomas de dificultad psicológica. Sólo un ensayo evaluó la EMDR y aportó pruebas preliminares limitadas que estuvieron a favor de la EMDR en comparación con la lista de espera. La comparación de la TCC-CT de forma directa con EMDR y psicoeducación breve respectivamente, no mostró un efecto claro para ninguna de las terapias. Tanto la TCC-CT como la EMDR no parecen causar más (ni menos) efectos adversos, en comparación con la lista de espera o la atención habitual; estos hallazgos sin embargo, se basan principalmente en pruebas de muy baja calidad. Actualmente se necesitan ensayos a gran escala adicionales para aportar pruebas de alta calidad con objeto de confirmar o refutar estos resultados preliminares, y para establecer qué modalidades y técnicas de intervención se asocian con mejores resultados, especialmente a largo plazo.</p>
--	--

<b>Título</b>	<b>Terapias psicológicas para el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por consumo de sustancias concomitante</b>
<b>Autoría</b>	Neil P Roberts, Pamela A Roberts, Neil Jones, Jonathan I Bisson
<b>Publicación</b>	Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Versión publicada: 04 abril 2016.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p><b>Antecedentes</b></p> <p>El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno debilitante de la salud mental que se puede presentar después de la exposición a eventos traumáticos. El trastorno por consumo de sustancias (TCS) es un trastorno conductual en el que la administración de una o más sustancias se asocia con niveles aumentados de angustia, deterioro clínicamente significativo del funcionamiento o ambos. El TEPT y el TCS con frecuencia ocurren juntos. Esta comorbilidad se reconoce ampliamente como difícil de tratar y se asocia con una finalización del tratamiento y resultados más deficientes que en el caso de cualquiera de las afecciones solas. Se han desarrollado varias terapias psicológicas para tratar la comorbilidad; sin embargo, no hay consenso acerca de qué terapias son más efectivas.</p> <p><b>Objetivos</b></p>

Determinar la efectividad de las terapias psicológicas dirigidas al tratamiento de los síntomas del estrés traumático, los síntomas de abuso de sustancias, o ambos, en pacientes con TEPT y TCS concomitante en comparación con condiciones control (atención habitual, condiciones en lista de espera y ningún tratamiento) y otras terapias psicológicas.

#### **Métodos de búsqueda**

Se hicieron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Depresión, Ansiedad y Neurosis (Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group, CCDANCTR) todos los años hasta 11 marzo 2015. Este registro contiene ensayos controlados aleatorios relevantes de la Cochrane Library (todos los años), MEDLINE (1950 hasta la actualidad), EMBASE (1974 hasta la actualidad), y en PsycINFO (1967 hasta la actualidad). También se hicieron búsquedas en la World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform y en ClinicalTrials.gov, se contactó con expertos, se buscó en la bibliografía de los estudios incluidos, y se realizaron búsquedas de citas de los artículos identificados.

#### **Criterios de selección**

Ensayos controlados aleatorios individuales o grupales que proporcionaron terapias psicológicas a pacientes con TEPT y consumo de sustancias concomitante, en comparación con condiciones en lista de espera, atención habitual o intervención mínima u otras terapias psicológicas.

#### **Obtención y análisis de los datos**

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar previstos por Cochrane.

#### **Resultados principales**

Se incluyeron 14 estudios con 1506 participantes, y se incluyeron 13 en la síntesis cuantitativa. La mayoría de los estudios incluyeron poblaciones adultas. Los estudios se realizaron en diversos contextos. Se realizaron cuatro comparaciones que investigaron los efectos de las terapias psicológicas con un componente centrado en el traumatismo e intervenciones no centradas en el traumatismo versus tratamiento habitual / intervención mínima y otras terapias psicológicas activas. Las comparaciones se estratificaron para las terapias individuales o grupales. Todas las intervenciones activas se basaron en la terapia cognitivo-conductual. Los principales hallazgos fueron los siguientes.

Las terapias psicológicas individuales con un componente centrado en el traumatismo más una intervención adyuvante para el TCS fueron más efectivas que el tratamiento habitual (TH)/intervención mínima para la gravedad del TEPT después del tratamiento (diferencia de medias estandarizada [DME] -0,41; intervalo de confianza [IC] del 95%: -0,72 a -0,10; 4 estudios; n = 405; evidencia de calidad muy baja) y en el seguimiento de tres a cuatro y cinco a siete meses. No hubo evidencia de un efecto para el nivel de consumo de drogas/alcohol después del tratamiento (DME -0,13; IC del 95%: -0,41 a 0,15; 3 estudios; n = 388; evidencia de calidad muy baja), pero hubo un efecto pequeño a favor del tratamiento psicológico individual a los cinco a siete meses (DME -0,28; IC del 95%: -0,48 a -0,07; 3 estudios; n = 388) en comparación con el TH. Menos participantes finalizaron la terapia centrada en el traumatismo en comparación con el tratamiento habitual (cociente de riesgos [CR] 0,78; IC del 95%: 0,64 a 0,96; 3 estudios; n = 316; evidencia de calidad baja).

La terapia psicológica individual con un componente centrado en el traumatismo no funcionó mejor que la terapia psicológica para el TCS solamente en la gravedad del TEPT (diferencia de medias [DM] -3,91; IC del 95%: -19,16 a 11,34; 1 estudio; n = 46; evidencia de calidad baja) o el consumo de drogas/alcohol (DM -1,27; IC del 95%: -5,76 a 3,22; 1 estudio; n = 46; evidencia de calidad baja). Los hallazgos se basaron en un estudio pequeño. No se observaron efectos en las tasas de finalización de la terapia (CR 1,00; IC del 95%: 0,74 a 1,36; 1 estudio; n = 62; evidencia de calidad baja).

Las terapias psicológicas no centradas en el trauma no funcionaron mejor que el TH/intervención mínima para la gravedad del TEPT cuando se proporcionaron de forma individual (DME -0,22; IC del 95%: -0,83 a 0,39; 1 estudio; n = 44; evidencia de calidad baja) o grupal (DME -0,02; IC del 95%: -0,19 a 0,16; 4 estudios; n = 513; evidencia de calidad baja). No hubo datos de los efectos sobre el consumo de drogas / alcohol de la terapia individual. No hubo evidencia de un efecto sobre el nivel de consumo de drogas/alcohol de la terapia grupal (DME -0,03; IC del 95%: -0,37 a 0,31; 4 estudios; n = 414; evidencia de calidad muy baja). Un análisis post hoc de la dosis total de una terapia grupal ampliamente establecida, llamada Seeking Safety, mostró una reducción en el consumo de drogas/alcohol después del tratamiento (DME -0,67; IC del 95%: -1,14 a -0,19; 2 estudios; n = 111) pero no en los seguimientos posteriores. No hubo datos sobre

el número de participantes que completaron la terapia individual. No se observaron efectos en las tasas de finalización de la terapia para la terapia grupal (CR 1,13; IC del 95%: 0,88 a 1,45; 2 estudios; n = 217; evidencia de calidad baja).

El tratamiento psicológico no centrado en el trauma no funcionó mejor que el tratamiento psicológico para el TCS solo para la gravedad del TEPT (DME -0,26; IC del 95%: -1,29 a 0,77; 2 estudios; n = 128; evidencia de calidad muy baja) o el consumo de drogas/alcohol (DME 0,22; IC del 95%: -0,13 a 0,57; 2 estudios; n = 128; evidencia de calidad baja). No se observaron efectos en las tasas de finalización de la terapia (CR 0,91; IC del 95%: 0,68 a 1,20; 2 estudios; n = 128; evidencia de calidad muy baja).

Varios estudios informaron sobre eventos adversos. No hubo diferencias entre las tasas de dichos eventos en ninguna comparación. Varios estudios se consideraron con riesgo de sesgo "alto" o "incierto" en múltiples dominios, que incluyeron el sesgo de detección y el sesgo de desgaste.

### **Conclusiones de los autores**

Las pruebas en esta revisión se consideraron en general de calidad baja a muy baja. Las pruebas mostraron que la terapia psicológica individual centrada en el traumatismo proporcionada junto con la terapia para el TCS fue mejor que tratamiento habitual / intervención mínima en la reducción de la gravedad del TEPT después del tratamiento y al seguimiento a largo plazo, pero solamente redujo el TCS al seguimiento a largo plazo. Todos los efectos fueron pequeños y los períodos de seguimiento en general fueron muy cortos. Hubo pruebas de que menos participantes que recibieron terapia centrada en el traumatismo finalizaron el tratamiento. Hubo muy pocas pruebas para apoyar el uso de terapias integradas individuales o grupales no centradas en el traumatismo. Los pacientes con presentaciones más graves y complejas (p.ej. enfermedades mentales graves, pacientes con deterioro cognitivo y pacientes suicidas) se excluyeron de la mayoría de los estudios de esta revisión, por lo que los resultados de esta revisión no son generalizables a dichos individuos. Algunos estudios tuvieron problemas metodológicos significativos y algunos no tuvieron suficiente poder estadístico, lo que limita las conclusiones que se pueden establecer. Se requiere investigación adicional en este campo.

<b>Título</b>	<b>Terapias psicológicas para pacientes con trastorno límite de la personalidad</b>
<b>Autoría</b>	Jutta M Stoffers-Winterling, Birgit A Völlm, Gerta Rücker, Antje Timmer, Nick Huband, Klaus Lieba
<b>Publicación</b>	Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Versión publicada:.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p><b>Antecedentes</b> La psicoterapia se considera el tratamiento de primera línea para los pacientes con trastorno límite de la personalidad. En los últimos años, se han desarrollado varias intervenciones específicas para el trastorno. Esta es una actualización de la revisión publicada en la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews ; CDSR ) en 2006 y fue reemplazada por una nueva revisión (con el mismo título) en la CDSR en 2020.</p> <p><b>Objetivos</b> Evaluar los efectos de las intervenciones psicológicas para el trastorno límite de la personalidad (TLP).</p> <p><b>Métodos de búsqueda</b> Se buscó en las bases de datos siguientes: CENTRAL 2010(3), MEDLINE (1950 a octubre de 2010), EMBASE (1980 a 2010, semana 39), ASSIA (1987 a noviembre de 2010), BIOSIS (1985 a octubre de 2010), CINAHL (1982 a octubre de 2010), Dissertation Abstracts International (31 de enero de 2011), National Criminal Justice Reference Service Abstracts (15 de octubre de 2010), PsycINFO (1872 a la primera semana de octubre de 2010), Science Citation Index (1970 al 10 de octubre de 2010), Social Science Citation Index (1970 al 10 de octubre de 2010), Sociological Abstracts (1963 a octubre de 2010), ZETOC (15 de octubre de 2010) y metaRegister of Controlled Trials (15 de octubre de 2010). Además, se realizaron búsquedas en Dissertation Abstracts International en enero de 2011 y en el ICTRP en agosto de 2011.</p> <p><b>Criterios de selección</b> Estudios aleatorizados con muestras de pacientes con TLP que compararon una intervención psicoterapéutica específica con una intervención control sin un mecanismo de acción específico o con una intervención psicoterapéutica específica comparativa. Los desenlaces incluyeron la gravedad general del TLP, los síntomas del TLP (criterios del DSM-IV), la psicopatología asociada pero no específica del TLP, el desgaste y los efectos adversos.</p>

	<p>Obtención y análisis de los datos</p> <p>Dos autores de la revisión, de forma independiente, seleccionaron los estudios, evaluaron el riesgo de sesgo y extrajeron los datos.</p> <p>Resultados principales</p> <p>Se incluyeron 28 estudios con un total de 1804 participantes con TLP. Las intervenciones se clasificaron como psicoterapias integrales si incluyeron la psicoterapia individual como parte significativa del programa de tratamiento, o como no integrales si no lo hacían.</p> <p>Entre las psicoterapias integrales, la terapia dialéctica conductual (TDC), el tratamiento basado en la mentalización en un entorno de hospitalización parcial (TBM-HP), la TBM ambulatoria (TBM-externa), la terapia centrada en la transferencia (TCT), la terapia cognitivo-conductual (TCC), la psicoterapia dinámica deconstructiva (PDD), la psicoterapia interpersonal (TIP) y la terapia interpersonal para el TLP (TIP-TLP) se probaron contra una condición control. Las comparaciones directas de las psicoterapias integrales incluyeron TDC versus terapia centrada en el cliente (TCC); terapia centrada en esquemas (TCE) versus TCT; TCE versus TCE más disponibilidad telefónica del terapeuta en caso de crisis (TCE+DT); terapia cognitiva (TC) versus TCC, y TC versus TIP.</p> <p>Las intervenciones psicoterapéuticas no integrales incluyeron solo el entrenamiento de habilidades grupales de la TDC (TDC-HG), la terapia grupal de regulación emocional (TRE-G), la terapia grupal centrada en esquemas (TCE-G), los sistemas de entrenamiento para la predicción emocional y la resolución de problemas para el trastorno límite de la personalidad (STEPPS, por sus siglas en inglés), STEPPS más terapia individual (STEPPS+TI), el tratamiento cognitivo asistido manualmente (TCAM) y la psicoeducación (PE). La única comparación directa de una intervención psicoterapéutica no integral contra otra fue TCAM versus TCAM más evaluación terapéutica (TCAM+). El tratamiento hospitalario se examinó en un estudio en el que se comparó la TDC para el TEPT (TDC-TEPT) con un control en lista de espera. No se identificaron ensayos para la terapia cognitivo analítica (TCA).</p> <p>Los datos fueron escasos para las intervenciones individuales y permitieron el agrupamiento metanalítico sólo para la TDC en comparación con el tratamiento habitual (TH) en cuatro desenlaces. Hubo efectos moderados a grandes estadísticamente significativos que indicaron un efecto beneficioso de la TDC sobre</p>
--	--



el TH en la ira ( $n = 46$ , dos ECA; diferencia de medias estandarizada [DME] -0,83; intervalo de confianza [IC] del 95%: -1,43 a -0,22;  $I_2 = 0\%$ ), el parasuicidio ( $n = 110$ , tres ECA; DME -0,54; IC del 95%: -0,92 a -0,16;  $I_2 = 0\%$ ) y la salud mental ( $n = 74$ , dos ECA; DME 0,65; IC del 95%: 0,07 a 1,24;  $I_2 = 30\%$ ). No hubo indicios de superioridad estadística de la TDC sobre el TH en cuanto a la permanencia de los participantes en el tratamiento ( $n = 252$ , cinco ECA; riesgo relativo 1,25; IC del 95%: 0,54 a 2,92).

Todas las conclusiones restantes se basaron en las estimaciones del efecto de un solo estudio. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las comparaciones de las psicoterapias con los controles en el caso de la patología básica del TLP y la psicopatología asociada con las siguientes intervenciones: TDC, TDC-TEPT, TBM-HP, TBM-externa, TCT y TIP-TLP. La TIP sólo se indicó como eficaz en el tratamiento de la depresión asociada. No se encontraron efectos estadísticamente significativos para las intervenciones de TCC y PDD en ninguno de los dos desenlaces, siendo los tamaños de los efectos moderados para la PDD y pequeños para la TCC. Para las comparaciones entre diferentes psicoterapias integrales, se demostró una superioridad estadísticamente significativa para la TDC sobre la TCC (patología básica y asociada) y la TCE sobre la TCT (gravedad del TLP y retención en el tratamiento). También se obtuvieron resultados alentadores en cada una de las intervenciones psicoterapéuticas no integrales investigadas, tanto en lo que respecta a la patología básica como a la patología asociada.

No se dispuso de datos sobre los efectos adversos de las psicoterapias.

#### Conclusiones de los autores

Hay indicios de efectos beneficiosos de las psicoterapias integrales y de las intervenciones psicoterapéuticas no integrales en la patología básica del trastorno de estrés postraumático y la psicopatología general asociada. La TDC se ha estudiado con mayor intensidad, seguida del TBM, la TCT, la TCE y los STEPPS. Sin embargo, ninguno de los tratamientos tiene una base de evidencia muy sólida, y hay algunas preocupaciones en cuanto a la calidad de los estudios individuales. En general, los resultados apoyan una función significativa de la psicoterapia en el tratamiento de los pacientes con TLP, pero indican claramente la necesidad de estudios replicativos.



<b>Título</b>	<b>Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto</b>
<b>Autoría</b>	Cindy-Lee Dennis, Ellen D Hodnett
<b>Publicación</b>	Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Versión publicada: 17 octubre 2007.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p><b>Antecedentes</b> La depresión posparto es un problema de salud importante para muchas mujeres de diversas culturas. Si bien las intervenciones farmacológicas son un tratamiento eficaz para la depresión, las madres suelen ser reacias a tomar medicamentos antidepresivos debido a la preocupación por la transmisión de la leche materna o los posibles efectos secundarios. Es importante que se evalúen las intervenciones no farmacológicas para su uso con mujeres en el posparto que experimentan una sintomatología depresiva.</p> <p><b>Objetivos</b> Primario: evaluar los efectos de todas las intervenciones psicosociales y psicológicas en comparación con la atención habitual posparto para reducir la sintomatología de la depresión. Secundario: examinar (1) la efectividad de tipos específicos de intervenciones psicosociales; (2) la efectividad de tipos específicos de intervenciones psicológicas; (3) la efectividad de tipos específicos de intervenciones psicosociales versus psicológicas; (4) los efectos del modo de intervención (p. e.j. intervenciones individuales versus grupales); y (5) los efectos de los criterios de selección de muestra (p. ej. dirigidas a mujeres con depresión diagnosticada clínicamente versus mujeres con sintomatología depresiva autoinformada).</p> <p><b>Métodos de búsqueda</b> Se realizaron búsquedas en los registros del Grupo Cochrane de Depresión, Ansiedad y Neurosis (CCDANCTR-References and CCDANCTR-Studies) el 1 de agosto de 2007, el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group), CENTRAL, MEDLINE (1966 a 2006), EMBASE (1980 a 2006) y CINAHL (1982 a 2006) mediante diferentes combinaciones de los términos “postpartum/postnatal depression”. Se utilizaron las referencias secundarias y expertos en el campo para identificar otros ensayos publicados o no publicados.</p> <p><b>Criterios de selección</b> Todos los ensayos controlados aleatorizados y cuasialeatorizados</p>

publicados, no publicados y en curso sobre intervenciones psicosociales o psicológicas, en las que el objetivo primario o secundario fuera reducir la sintomatología depresiva.

#### Obtención y análisis de los datos

Todos los autores de la revisión participaron de manera independiente en la evaluación de la calidad metodológica y la extracción de los datos. La información adicional se obtuvo de varios investigadores. Los resultados se presentan mediante el riesgo relativo para los datos categóricos y la diferencia de medias ponderada para los datos continuos.

#### Resultados principales

Diez ensayos cumplieron con los criterios de inclusión, nueve de los cuales informaron resultados de 956 mujeres. Toda intervención psicosocial o psicológica, en comparación con la atención posparto habitual, se asoció con una reducción de la probabilidad de depresión continuada, independientemente de la forma en que se midiera, en la evaluación final dentro del primer año posparto. Tanto las intervenciones psicológicas como psicosociales fueron efectivas para reducir la sintomatología depresiva. Los ensayos que seleccionaron a los participantes sobre la base de un diagnóstico clínico de depresión fueron tan eficaces para reducir la sintomatología depresiva como los que incluyeron a mujeres que cumplían los criterios de inclusión según su sintomatología depresiva autoinformada.

#### Conclusiones de los autores

Aunque la calidad metodológica de la mayoría de los ensayos no fue, en general, sólida, los resultados del metanálisis sugieren que las intervenciones psicosociales y psicológicas son una opción de tratamiento eficaz para las mujeres que sufren depresión posparto. Su efectividad a largo plazo sigue siendo incierta.

**Guías APA (American Psychological Association)**

<b>Título</b>	<b>Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults</b>
<b>Autoría</b>	American Psychological Association
<b>Publicación</b>	American Psychological Association, 2025.
<b>Resumen/Objetivo</b>	La guía de 2025 recomienda intervenciones para el tratamiento del TEPT en adultos. Las recomendaciones se basan en una revisión sistemática de la evidencia científica, una evaluación de los beneficios y los perjuicios de las intervenciones, la consideración del conocimiento sobre los valores y preferencias de los pacientes, y la aplicabilidad de la evidencia en diferentes grupos demográficos y entornos.

<b>Título</b>	<b>Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts</b>
<b>Autoría</b>	American Psychological Association
<b>Publicación</b>	American Psychological Association, 2019.
<b>Resumen/Objetivo</b>	La guía de 2019 recomienda intervenciones para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, adultos y adultos mayores. Las recomendaciones se basan en una revisión sistemática de la evidencia científica, una evaluación de los beneficios y los perjuicios de las intervenciones, la consideración del conocimiento sobre los valores y preferencias de los pacientes y la aplicabilidad de la evidencia en diferentes grupos demográficos y entornos.

## Guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence)

<b>Título</b>	<b>Digital health technologies to help manage symptoms of psychosis and prevent relapse in adults and young people: early value assessment</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Health technology evaluation. Reference number: HTE17. Published: 25 March 2024.
<b>Resumen/Objetivo</b>	Orientación sobre la evaluación del valor temprano (EVA) en tecnologías de salud digital para ayudar a controlar los síntomas de la psicosis y prevenir recaídas en adultos y jóvenes.

<b>Título</b>	<b>Depression in adults: treatment and management</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	NICE guideline. Reference number: NG222. Published: 29 June 2022.
<b>Resumen/Objetivo</b>	Esta guía aborda la identificación, el tratamiento y el manejo de la depresión en personas mayores de 18 años.  Recomienda tratamientos para los primeros episodios de depresión y tratamientos posteriores, y ofrece consejos para la prevención de recaídas y el manejo de la depresión crónica, la depresión psicótica y la depresión con un diagnóstico coexistente de trastorno de la personalidad.

<b>Título</b>	<b>Post-traumatic stress disorder</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	NICE guideline. Reference number: NG116. Published: 05 December 2018.
<b>Resumen/Objetivo</b>	Esta guía abarca el reconocimiento, la evaluación y el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en niños, jóvenes y adultos.  Su objetivo es mejorar la calidad de vida reduciendo los síntomas del TEPT, como la ansiedad, los trastornos del sueño y las dificultades de concentración. Las recomendaciones también buscan concienciar sobre esta afección y mejorar la coordinación de la atención.

<b>Título</b>	<b>Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services</b>
---------------	---

<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	NICE guideline. Reference number: NG58. Published: 30 November 2016.
<b>Resumen/Objetivo</b>	Esta guía explica cómo mejorar los servicios para personas mayores de 14 años con diagnóstico de enfermedad mental grave coexistente y abuso de sustancias.  El objetivo es proporcionar una gama de servicios coordinados que aborden las necesidades generales de salud y asistencia social de las personas, así como otros temas como el empleo y la vivienda.

<b>Título</b>	<b>Bipolar disorder: assessment and management</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Clinical guideline. Reference number: CG185. Published: 24 September 2014. Last updated: 21 December 2023.
<b>Resumen/Objetivo</b>	Esta guía abarca el reconocimiento, la evaluación y el tratamiento del trastorno bipolar (anteriormente conocido como trastorno maníaco depresivo) en niños, jóvenes y adultos.  Las recomendaciones se aplican a los trastornos bipolares I y II, afectivos mixtos y de ciclo rápido. Su objetivo es mejorar el acceso al tratamiento y la calidad de vida de las personas con trastorno bipolar.

<b>Título</b>	<b>Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Clinical guideline. Reference number:CG178 Published: 12 February 2014. Last updated: 18 March 2014.
<b>Resumen/Objetivo</b>	Esta guía aborda el reconocimiento y el manejo de la psicosis y la esquizofrenia en adultos. Su objetivo es mejorar la atención mediante el diagnóstico y el tratamiento tempranos, centrándose en la recuperación a largo plazo. También recomienda evaluar la presencia de problemas de salud coexistentes y brindar apoyo a familiares y cuidadores.

<b>Título</b>	<b>Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Clinical guideline. Reference number: CG155.

	Published: 23 January 2013. Last updated: 26 October 2016.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Esta guía aborda el reconocimiento y el manejo de la psicosis y la esquizofrenia en niños y jóvenes.</p> <p>Su objetivo es mejorar el reconocimiento temprano de la psicosis y la esquizofrenia para que se les pueda ofrecer el tratamiento y la atención que necesitan para vivir con esta enfermedad.</p>

<b>Título</b>	<b>Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Clinical guideline. Reference number: CG159. Published: 22 May 2013.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Esta guía aborda el reconocimiento, la evaluación y el tratamiento del trastorno de ansiedad social (también conocido como «fobia social») en niños y jóvenes (desde la edad escolar hasta los 17 años) y adultos (a partir de los 18 años).</p> <p>Su objetivo es mejorar los síntomas, el funcionamiento educativo, laboral y social, y la calidad de vida de las personas con trastorno de ansiedad social.</p>

<b>Título</b>	<b>Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Clinical guideline. Reference number: CG113. Published: 26 January 2011. Last updated: 15 June 2020.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Esta guía abarca la atención y el tratamiento de personas mayores de 18 años con trastorno de ansiedad generalizada (ansiedad crónica) o trastorno de pánico (con o sin agorafobia o ataques de pánico).</p> <p>Su objetivo es ayudar a las personas a lograr un alivio completo de los síntomas (remisión), lo que se asocia con un mejor funcionamiento y una menor probabilidad de recaída.</p>

<b>Título</b>	<b>Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence

<b>Publicación</b>	Clinical guideline. Reference number: CG120. Published: 23 March 2011.
<b>Resumen/Objetivo</b>	Esta guía abarca la evaluación y el manejo de personas mayores de 14 años con enfermedad mental grave coexistente (psicosis) y abuso de sustancias.  Su objetivo es ayudar a los profesionales sanitarios a orientar a las personas con psicosis y abuso de sustancias coexistente para estabilizar, reducir o detener su consumo, mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados, y mejorar sus vidas.

<b>Título</b>	<b>Antisocial personality disorder: prevention and management</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Clinical guideline. Reference number: CG77. Published: 28 January 2009. Last updated: 27 March 2013.
<b>Resumen/Objetivo</b>	Esta guía describe los principios para trabajar con personas con trastorno de personalidad antisocial, incluyendo la gestión de crisis (resolución de crisis).  Su objetivo es ayudar a las personas con trastorno de personalidad antisocial a gestionar sentimientos de ira, angustia, ansiedad y depresión, y a reducir la delincuencia y el comportamiento antisocial.

<b>Título</b>	<b>Borderline personality disorder: recognition and management</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Clinical guideline. Reference number: CG78. Published: 28 January 2009.
<b>Resumen/Objetivo</b>	Esta guía aborda el reconocimiento y el manejo del trastorno límite de la personalidad. Su objetivo es ayudar a las personas con este trastorno a gestionar los sentimientos de angustia, ansiedad, inutilidad e ira, y a mantener relaciones estables y cercanas con los demás.

<b>Título</b>	<b>Mental wellbeing in over 65s: occupational therapy and physical activity interventions</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Public health guideline. Reference number: PH16. Published: 22 October 2008.

<b>Resumen/Objetivo</b>	Esta guía aborda la promoción del bienestar mental en personas mayores de 65 años. Se centra en el apoyo práctico para las actividades cotidianas, basado en los principios y métodos de la terapia ocupacional. Esto incluye trabajar con las personas mayores y sus cuidadores para acordar el tipo de apoyo que necesitan.
-------------------------	---

<b>Título</b>	<b>Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment</b>
<b>Autoría</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>Publicación</b>	Clinical guideline. Reference number: CG31. Published: 29 November 2005.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>Esta guía abarca el reconocimiento, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico corporal en adultos, jóvenes y niños (de 8 años o más).</p> <p>Su objetivo es mejorar el diagnóstico y el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico corporal.</p> <p>Incluye recomendaciones sobre cómo las familias y los cuidadores pueden apoyar a las personas con cualquiera de estas afecciones y cómo pueden obtener apoyo para sí mismas.</p>



## OTROS ARTÍCULOS RELACIONADOS

<b>Título</b>	<b>La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces</b>
<b>Autoría</b>	Juan A. Moriana, Víctor A. Martínez
<b>Publicación</b>	Revista de Psicopatología y Psicología Clínica vol. 16, Nº2, pp.81-100, 2011.
<b>Resumen/Objetivo</b>	<p>La psicología basada en la evidencia es un modelo metodológico que pretende legitimar tratamientos y teorías que presenten pruebas empíricas que respalden sus resultados. Actualmente los tratamientos psicológicos que cumplen los requisitos derivados de este sistema son admitidos como tratamientos de elección en la mayoría de servicios públicos y privados de salud.</p> <p>El presente artículo pretende revisar los criterios para el diseño y evaluación de guías de tratamiento de las dos instituciones más relevantes en este ámbito, la American Psychological Association (APA) y el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), exponiendo y comparando los listados actualizados de tratamientos psicológicos eficaces por trastornos.</p> <p>Concluimos señalando algunos de los aspectos positivos y negativos de este enfoque y realizando algunas propuestas de mejora, centrando nuestra atención en la futura adaptación para intervenciones con problemas psicológicos (no trastornos) y en otros ámbitos (educativo, intervención social).</p>

## OTROS RECURSOS DE INTERÉS

Título	Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services
Autoría	World Health Organization
Publicación	World Health Organization, 6 de marzo de 2024. ISBN 978-92-4-008714-9 (electronic version) ISBN 978-92-4-008715-6 (print version)
Resumen/Objetivo	<p>Las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia son una parte importante de los servicios de salud, sociales, de protección y educativos, y pueden contribuir a ampliar el acceso a tratamientos eficaces de salud mental y a la progresión hacia la cobertura sanitaria universal.</p> <p>Este manual proporciona a los gestores y responsables de la planificación y prestación de servicios orientación práctica sobre cómo implementar intervenciones psicológicas manualizadas para adultos, adolescentes y niños. Abarca los cinco pasos clave de implementación: elaborar un plan de implementación; adaptarlo al contexto; preparar al personal; identificar, evaluar y apoyar a los posibles beneficiarios; y supervisar y evaluar el servicio.</p>

Título	Metodología para la elaboración de guías de intervención basadas en la evidencia en psicología y salud mental: procedimientos del NICE
Autoría	Eliana M. Moreno, Francisco García Torres
Publicación	Helvia. Repositorio Institucional de la Universidad de Córdoba. Septiembre 2017. ISBN: 978-84-697-6619-4.
Resumen/Objetivo	<p>El presente material explica el proceso de desarrollo de guías de práctica clínica que utiliza el NICE (National Institute for Health and Care Excellence), una de las instituciones de referencia en la elaboración de guías de intervenciones basadas en la evidencia.</p> <p>La primera parte está dirigida a la descripción de las características generales de esta institución, que incluye la explicación de su organización y la estructuración en grupos de trabajo con perfiles y funciones bien definidas.</p> <p>Posteriormente se exponen los elementos claves de la metodología que utiliza el NICE para la elaboración de sus recomendaciones.</p> <p>Si bien en principio, estos procedimientos son generales y están</p>

---

fuertemente vinculados a las intervenciones en el ámbito sanitario, en los últimos años se han extendido al ámbito de las intervenciones sociales, educativas y de salud mental.

Por lo cual, la metodología que aquí se expone, puede aplicarse para la generación de guías de intervención psicológica o psicoeducativas aplicables en distintos contextos.

---

# Estrategia de búsqueda de literatura científica

Búsquedas concretas en las bases de datos		
Pubmed	evidence-based psychological treatments AND (severe mental disorder OR SMD)	
WoS	psychological intervention AND evidence-based AND mental health	
Bases de datos	Pubmed	WoS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Publicación: 2025.</li> </ul>	182	234
<b>Filtros aplicados en Pubmed</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de documento: Revisión sistemática y meta-análisis.</li> <li>Especies: Humana.</li> <li>Excluir: preprints.</li> <li>Acceso: abierto.</li> </ul>	16	
<b>Filtros aplicados en WoS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colección WoS: WoS Core Collection.</li> <li>Tipo de documento: revisión sistemática.</li> <li>Área de investigación: Psicología.</li> <li>Acceso: abierto.</li> </ul>		31
Se seleccionan los artículos de las revistas indexadas en <b>cuartil 1 y 2</b> (Q1, Q2)		
Criterios de inclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Muestra:</b> adultos.</li> <li><b>Diagnóstico:</b> salud mental.</li> <li><b>Intervenciones:</b> basadas en la evidencia.</li> <li><b>Resultado:</b> eficacia intervenciones.</li> </ul>		
<b>Total de registros incluidos</b> En esta fase siguiente a la búsqueda principal: Se eliminan duplicados, se añaden otros registros relacionados por la propia BBDD que no tienen porque ser revisiones sistemáticas o metaanálisis, se añaden registros citados, se revisa la biblioteca Cochrane.	9	



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES



CREAP

Centro de  
Referencia  
Estatad de  
Atención  
Psicosocial

<https://creap.imsero.es>