

ANEXO A LA VALORACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carmen Rodríguez Naranjo y Aurora Gavino Lázaro

A continuación se realizan una serie de comentarios sobre la fundamentación de algunos aspectos que se tratan en la Guía, con especial atención a las recomendaciones de tratamiento para la depresión que en ella se llevan a cabo y la repercusión que tienen en la actividad del profesional.

1. Frecuencia y detección de la depresión

Junto a los hallazgos que se revisan en el apartado 2 de la Guía sobre prevalencia general de los trastornos del estado de ánimo y su detección en Atención Primaria, se deberían tener en cuenta los resultados del **reciente meta-análisis publicado por Mitchell, Vaze y Rao** (2009) en la revista *The Lancet*, que analiza 41 estudios publicados en PsycINFO y muestra que la prevalencia de la depresión detectada en Atención Primaria es del 19,5%, cifra muy superior a la prevalencia de depresión encontrada en estudios con muestras de población general (6,7% de prevalencia a lo largo de la vida para depresión mayor, ofrecidos en la revisión de Goldner, Hsu, Waraich y Somers, 2004, **cita incorrectamente recogida** en la Guía como Waraich et al., 2004, p. 82). En España, datos recientes muestran una prevalencia general del 10,6% a lo largo de la vida, con una prevalencia media de 13,9% en países europeos (Bromet, Andrade, Hwang, et al., 2011).

En cuanto a la sensibilidad de su detección, Mitchell et al. (2009) encuentran al analizar 19 estudios, que la capacidad para identificar la depresión en Atención Primaria es aproximadamente del 50%, lo que implica que, a pesar de producirse un sobrediagnóstico, **sólo se identifican correctamente la mitad de los casos reales de depresión**. Resultados más alentadores se han obtenido en nuestro país, donde Aragonès, Piñol, Labad, Folch y Mèlich (2004) informan de una capacidad de detección del 72%. Otros hallazgos recientes muestran que, de los casos diagnosticados como depresión por médicos de Atención Primaria, sólo el 25% son verdaderos positivos (Fernández, Pinto-Meza, Bellón et al., 2010).

Consideramos que estos hallazgos son muy relevantes especialmente ante el riesgo, del que se alerta en la pág. 95 de la Guía citando las conclusiones de Aragonès, Piñol y Labad (2006), de medicalización innecesaria y potencialmente peligrosa en pacientes que sólo sufren un malestar psicológico sin apenas consecuencias funcionales, o en palabras de Marino Pérez (en la *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* publicada en 2003), "*cualquier desánimo connatural a la vida*". Dado que se pueden atribuir estos errores diagnósticos, entre otros factores, a la brevedad del tiempo de que disponen los profesionales para su evaluación (frecuentemente excediendo los minutos establecidos por visita), una estrategia útil para el cribado, tal como recomiendan Mitchell y colaboradores, podría consistir en **proporcionar consulta adicional para la evaluación**, por parte del médico de Atención Primaria o aún de otros profesionales más especializados, de aquellos pacientes que muestran indicios de probable depresión, lo que ayudaría a llevar a cabo de una forma apropiada las recomendaciones que se establecen en los **puntos 5.2. y 5.3.** de la Tabla 5.9. de la Guía.

2. Niveles de recomendación sobre los tratamientos psicológicos de primera elección.

Habría sido deseable encontrar citados los artículos de investigación empírica que han servido de base para la elaboración de las recomendaciones que

se llevan a cabo en el apartado 21, sobre el uso de los distintos tratamientos psicológicos en los diferentes niveles de gravedad de la depresión, sólo algunos de ellos mencionados en el apartado 21.9 "*De las evidencias a las recomendaciones*", asumiendo respecto a los demás que se encuentran incorporados en la revisión de la Guía del NICE (2010). Esta información habría permitido al profesional contrastar, en una guía tan extensa, las evidencias en las que se apoyan los distintos niveles de recomendación. En los siguientes apartados se realiza un análisis de las recomendaciones realizadas en la Guía sobre los tratamientos psicológicos de primera elección a la luz de una serie de hallazgos sobre su eficacia, la mayoría de los cuales no se encuentran mencionados en la Guía.

Respecto a la **terapia cognitivo-conductual (TCC)**, que parte de la terapia cognitiva de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979-1983) para la depresión, numerosos hallazgos avalan la **recomendación fuerte** que se hace en el punto **21.16** de la Tabla 21.10. de esta terapia "*para las personas que han recaído a pesar de la medicación antidepresiva y para las personas con una importante historia de depresión y síntomas residuales a pesar del tratamiento*". En concreto, la investigación muestra que **la TCC es más eficaz que los antidepresivos en la reducción del número de recaídas** que se producen en pacientes diagnosticados con depresión mayor y síntomas depresivos residuales, con resultados que se mantienen en seguimientos de más de cinco años (Blackburn, Eunson y Bishop, 1986; Evans, Hollon, DeRubeis et al., 1992; Fava, Rafanelli, Grandi, Canestrari, y Morphy, 1998; Paykel, Scott, Teasdale et al., 1999; Scott, Teasdale, Paykel et al., 2000; Shea, Elkin, Imber et al., 1992; Simons, Murphy, Levine y Wetzel, 1986). En el estudio llevado a cabo en las universidades de Vanderbilt y Pennsylvania en pacientes con niveles de depresión moderada a grave, se encontró que frente al 76% que sufrían recaídas tras la terminación del tratamiento farmacológico, sólo recaía el 31% de los que recibían TCC (Hollon, DeRubeis, Shelton et al., 2005). Respecto a los cambios concretos que produce este tratamiento psicológico, que pueden explicar la disminución de la vulnerabilidad a recaer en depresión, encontramos que **con la TCC se reducen síntomas depresivos residuales como la culpa, la desesperanza y las deficiencias de autoestima, se aprenden habilidades de afrontamiento y se produce una mejora del funcionamiento social** (Scott et al., 2000). Son particularmente relevantes las mejoras en los síntomas depresivos residuales, ya que éstos se muestran especialmente resistentes a los tratamientos farmacológicos (Cornwall y Scott, 1997), y en las tan frecuentes deficiencias del paciente depresivo en el ajuste social, ya que éstas son un importante predictor de recaídas (Mintz, Mintz, Arruda y Hwang, 1992; Fava, 1999). En cuanto a los cambios cognitivos, destaca la **disminución de las actitudes disfuncionales**, las cuáles también predicen la aparición de recaídas, siendo la TCC más eficaz para su reducción que el tratamiento farmacológico —que sólo parece producir su "desactivación" a partir de la remisión de síntomas— (Quilty, McBride y Bagby, 2008; Segal, Gemar y Williams, 1999).

La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad establece como recomendación débil la aplicación de la TCC para el tratamiento de la depresión menor persistente, y leve a moderada (**punto 21.4.**), y de la depresión moderada a grave (**punto 21.5.**). **No obstante, a la luz de la evidencia científica, consideramos insuficiente ofrecerla como recomendación débil.** Por un lado, la investigación muestra que los síntomas depresivos tienen una alta probabilidad de reaparecer incluso cuando aún son leves; en concreto, sobre un 25% de individuos que padecen un episodio depresivo mayor han presentado previamente síntomas depresivos menores intermitentes, o un trastorno distímico, y se encuentran también ante un gran riesgo de cronicidad y recurrencia tras la recuperación del episodio, alcanzando esta última hasta un 85% de los pacientes durante los siguientes quince años (Faravelli, Ambonetti, Palanti, y Pazzagli, 1986;

Keller, Lavori, Rice, Coryell y Hirschfeld, 1986; Mueller, Leon y Keller, 1999; Prien y Kupfer, 1986; Paykel, Ramana, Cooper et al., 1995). Hay que tener en cuenta, además, que cada episodio incrementa el riesgo de que aparezca uno nuevo, de que la gravedad se incremente con respecto a los anteriores y de que disminuya el intervalo entre episodios (Hart, Craighead y Craighead, 2001). En base a estos hallazgos, junto a los ya citados en el párrafo anterior sobre el valor profiláctico de la TCC para la prevención de recaídas, consideramos que esta forma de terapia merece una recomendación superior a la de débil para el tratamiento de la depresión en sus distintos niveles de gravedad. Ofrecer a los pacientes este tratamiento como opción muy recomendable cuando se padece un episodio depresivo sería una estrategia más adecuada para prevenir las recaídas que esperar a recomendarla fuertemente, tal como se hace en la Guía, una vez que el paciente ya ha experimentado un grave deterioro con recaídas tras la medicación o cuando se sufre una importante historia de depresión y síntomas residuales a pesar del tratamiento farmacológico.

Como método de **terapia grupal cognitivo-conductual** se incluye la evidencia de Lewinsohn, Clarke y Hoberman (1989) sobre el *Curso de afrontamiento de la depresión*, que se recoge en el manual de Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz y Teri (1984). Si bien estamos de acuerdo con la *recomendación débil* que se hace en el **punto 21.2.** de la Tabla 21.10. sobre este tratamiento para su uso en el tratamiento de la depresión menor persistente y depresión leve a moderada, consideramos que **se deberían aportar algunos datos que apoyen este nivel de recomendación.** Sería relevante, para ello, mencionar los hallazgos que muestran que (a) entre el 45% y 50% de los pacientes que se benefician de esta terapia recaen en los dos años siguientes (Belsher y Costello, 1988; Kuehner, 2005), (b) existe un escaso número de estudios que comparen su eficacia con la medicación antidepressiva u otras intervenciones psicológicas, como muestra el meta-análisis realizado por Cuijpers, Muñoz, Clarke y Lewinsohn (2009), y (c) su eficacia es difícil de analizar al no ser consistentes las estrategias que se incluyen en los distintos estudios (actividades agradables, reestructuración cognitiva, habilidades sociales o relajación). En la Guía no se mencionan, de hecho, las limitaciones de este tratamiento que pueden conducir a tan frágil recomendación, afirmándose en el **punto 21.9.1.** (pág. 225): "*Se demostró un claro beneficio para la TCC grupal (basado en el modelo Coping with Depression –Afrontamiento de la Depresión–) con evidencia de beneficios post-tratamiento y en el seguimiento frente al control de la lista de espera*". Entendemos que la formulación que se hace en el siguiente párrafo: "*Dada la naturaleza recurrente y de remisiones de la depresión, la GDG observó detenidamente la evidencia de recidiva*", no se refiere expresamente a las recidivas tras este tratamiento, como muestra de sus limitaciones, sino a las que se producen en general tras el tratamiento del trastorno depresivo. La interpretación de este párrafo, como en otros puntos de la Guía, no resulta clara a la luz de su contexto. En todo caso, a pesar de las limitaciones mencionadas compartimos con Cuijpers (1998) la valoración positiva que lleva a cabo de esta intervención, al haber mostrado su capacidad para prevenir el desarrollo del trastorno depresivo y producir mejoría clínica en numerosos estudios realizados sobre individuos con tipos y niveles de depresión muy variados (Cuijpers et al., 2009); y además, llevarse a cabo en un formato psicoeducativo y, por consiguiente, desestigmatizador del trastorno.

Respecto al **mindfulness basada en la terapia cognitiva** (MBTC), en el **punto 21.16** de la Tabla 21.10. se propone su uso con *recomendación fuerte* "*para las personas que actualmente están bien, pero han experimentado tres o más episodios previos de recaída*". Esta forma de terapia, que debería ser denominada correctamente "terapia cognitiva basada en *mindfulness*", fue desarrollada por Segal, Williams y Teasdale (2002) como un tratamiento grupal que combina la terapia cognitiva con un enfoque meditativo (atención plena). Consideramos, en

primer lugar, que **debería haberse incluido en un apartado específico referido a los tratamientos de grupo** para la depresión. Resulta confuso que el "Curso de afrontamiento de la depresión" se incluya como terapia única en un apartado denominado "**terapia grupal cognitivo-conductual**" (**punto 21.1.1.**), y en apartado diferente el *mindfulness* basada en la TCC (MBTC) (**punto 21.1.3.**) que, sin embargo, también ha mostrado evidencias de su eficacia en formato de terapia grupal, ambos subordinados al apartado más general, "terapia cognitivo-conductual" (**punto 21.1.**). En segundo lugar, junto a las evidencias indirectas sobre su eficacia que se citan en la Guía, fundamentadas en investigación básica (Lau, Segal y Williams, 2004), debemos mencionar también en su apoyo los relevantes estudios de **Teasdale, Segal, Williams et al.** (2000) y **Ma y Teasdale** (2004), que muestran su eficacia en pacientes con depresión mayor recurrente al aplicarse una vez remitidos los síntomas, concretamente reduciendo a la mitad la recurrencia cuando se han sufrido tres o más episodios depresivos. Más recientemente, **Mathew, Whitford, Kenny y Denson** (2010) muestran que los efectos positivos de la MBTC se mantienen en un seguimiento de dos años. Sin embargo, el **meta-análisis de Chiesa y Serretti** (2011) revela que no existen aún estudios cuyo diseño permita concluir que los resultados no se deben a factores inespecíficos como la atención terapéutica durante el período de remisión de síntomas. El actualmente en curso **estudio DARE** probablemente arrojará resultados clarificadores en esta dirección (Shawyer, Meadows, Judd et al., 2012). Nos cuestionamos, a la luz de estas evidencias, si se está empleando en la Guía el mismo criterio en la exigencia de evidencias sobre eficacia cuando se hace una *recomendación débil* de la TCC los **puntos 21.4. y 21.5.** de la Tabla 21.10, y la *recomendación fuerte* de la MBTC para la prevención de recaídas, apoyada en este limitado conjunto de evidencias.

A pesar de la buena acogida que se proporciona a esta forma de terapia para la prevención de recaídas, no se incluye en el **punto 21.4.** de la Tabla 21.10 su posibilidad para el tratamiento de la depresión menor persistente y leve a moderada. Si bien consideramos que su no inclusión es prudente dados los escasos hallazgos existentes hasta el momento, de nuevo no se siguen los mismos criterios de exigencia para incluir otro tipo de terapias. Así, el **meta-análisis de Hoffman, Sawyer, Witt y Oh** (2010) muestra que las terapias basadas en *mindfulness*, a pesar de su corta historia y de las limitaciones mencionadas en el párrafo anterior, han recibido estudios de mayor calidad que las escasamente validadas terapias psicodinámicas (Leichsenring y Rabung, 2008; Leichsenring, Rabung y Leibing, 2004), incluidas en la Tabla en la que se definen "las intervenciones psicológicas de alta intensidad" (págs. 235 a 237), a pesar de las críticas sobre su eficacia que se vierten en el **punto 21.9.7.** (pág. 228). El citado meta-análisis muestra, además, que las terapias basadas en *mindfulness* producen una disminución de los síntomas depresivos con independencia de su gravedad y, en particular, en los síntomas depresivos que se asocian con problemas médicos, lo que puede ser especialmente relevante para la intervención en Atención Primaria.

Respecto a la **activación conductual**, este tratamiento merece una *recomendación débil* para la depresión menor persistente y depresión leve a moderada en el **punto 21.4.** de la Tabla 21.10, y ni siquiera se menciona en el **punto 21.5.**, para la depresión moderada a grave. **Consideramos que en la Guía no se valora suficientemente este tipo de tratamiento**, lo que se refleja también en el apartado 21.9.2. ("*De las evidencias a las recomendaciones*"), ignorando la investigación que muestra que **la activación conductual, junto a la enseñanza de habilidades para modificar los pensamientos automáticos, se han identificado como los componentes que explican la eficacia de la TCC hasta en un seguimiento de seis meses** (Jacobson, Dobson, Truax et al., 1996). También se han ignorado por competo en la Guía los relevantes hallazgos de **Dimidjian, Hollon, Dobson et al.** (2006), que muestran que **la activación**

conductual, que incluye como objetivo disminuir las conductas de evitación y se centra en las consecuencias —en lugar de analizar el contenido—, del pensamiento negativo rumiativo, **es superior a la medicación antidepresiva (ISRS) y la TCC en el tratamiento de pacientes gravemente deprimidos**. No es adecuado afirmar, por consiguiente, que la evidencia para la activación conductual sea menos consistente que la de la TCC o TIP, como se afirma en el **punto 21.4.** de la Tabla 21.10., siendo en todo caso menor la cantidad de evidencias pero fuertemente consistentes a favor de considerarla como una técnica eficaz para el tratamiento de la depresión.

Respecto a la **terapia de pareja**, sobre la que se ofrece una *recomendación débil* en el **punto 21.4.** de la Tabla 21.10. para tratar la depresión menor persistente, o depresión leve a moderada, en "*personas que tienen una pareja estable y donde la relación puede contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión o en casos en que la participación de la pareja se considera que es potencialmente beneficioso para el tratamiento*", consideramos que su inclusión como tratamiento para la depresión cuando la discordia en la pareja es un factor determinante se encuentra suficientemente avalada (Beach y O'Leary, 1992; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling y Salusky, 1991; Prince y Jacobson, 1995). Sin embargo, debería especificarse en el **punto 21.4.** que se trata de su aplicación desde un enfoque conductual, lo que sí queda claro en el **punto 21.12.** de la Tabla 21.10. y en el apartado 21.9.4. (pág. 226) "*De las evidencias a las recomendaciones*". Respecto a su eficacia, los hallazgos citados, junto a los provenientes del **meta-análisis de Barbato y D'Avanzo** (2008), muestran que: (a) no existe evidencia de que la eficacia de la terapia de parejas sea superior al de otras terapias individuales (TCC o TIP); y (b) aunque esta forma de terapia es más eficaz que la otras para mejorar la satisfacción en la pareja, la reducción de la discordia en la pareja ofrece resultados contradictorios sobre sus efectos en la disminución de los síntomas depresivos, con resultados positivos obtenidos por Beach y O'Leary (1992) y resultados negativos por Emanuels-Zuurveen y Emmelkamp (1996, 1997).

Si bien estos hallazgos son compatibles con considerar la terapia conductual de parejas como potencialmente eficaz en ciertos casos en los que la discordia en la pareja forme parte del "círculo vicioso" depresivo, consideramos que **el criterio que se sigue en la Guía de recomendar esta forma de terapia si "la participación de la pareja se considera que es potencialmente beneficioso para el tratamiento" es excesivamente impreciso**, pudiendo propiciar que algunos terapeutas actúen guiados más por su inclinación hacia este tipo de terapia que por un análisis que revele si los problemas de pareja se encuentran entre los determinantes de la depresión, o si, no encontrándose, resulta potencialmente más beneficiosa otra forma de terapia como la TCC o TIP.

Por último, respecto a la **terapia interpersonal** (TIP), esta recibe la misma consideración que la TCC en la Tabla 21.10. con *recomendación débil* tanto para la depresión menor persistente, y leve a moderada (**punto 21.4.**), como para la depresión moderada a grave (**punto 21.5.**). Una serie de hallazgos que avalan la eficacia de esta terapia han sido obtenidos en los estudios del *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Program* (NIMH), los cuáles **muestran una eficacia superior de la TIP sobre la TCC en el tratamiento de pacientes gravemente deprimidos** (Elkin, Gibbons, Shea et al., 1995; Elkin, Shea, Watkins et al., 1989; Klein y Ross, 1993), si bien el tratamiento farmacológico se mostró más eficaz en los pacientes con mayor deterioro funcional (Elkin et al., 1995). Su superioridad sobre la TCC se confirma en el **meta-análisis de Feijo de Mello, Mari, Bacaltchuk, Verdeli y Neugebauer** (2005) sobre depresión mayor, distimia y depresión recurrente. También la TIP se ha mostrado como la terapia psicológica más eficaz —en comparación con otras seis formas de terapia—, en pacientes con sintomatología depresiva o trastorno depresivo, en el

meta-análisis de Cuijpers, van Straten, Andersson y van Oppen (2008). La TCC se muestra superior a la TIP, sin embargo, en aquellos individuos con depresión mayor que muestran un **estilo de apego evitativo** (McBride, Atkinson, Quilty y Bagby, 2006). Por último, el equipo de Cuijpers también ha mostrado la eficacia superior de la TIP sobre la TCC **para prevenir la aparición de depresión**, probablemente al centrarse en tratar los problemas existentes y las situaciones de alto riesgo (Cuijpers, van Straten, Smit, Mihalopoulos y Beekman, 2008). En base a estos hallazgos, **consideramos insuficiente recomendar débilmente la TIP**, tal como argumentamos más arriba para la TCC, dada su eficacia demostrada para producir mejoras significativas en depresión.

3. Comparación entre tratamientos farmacológicos y psicológicos

Consideramos que resulta poco clara para el profesional la *recomendación débil* en el **punto 21.5.** de la Tabla 21.10 (de forma idéntica a la proporcionada en el **punto 18.2** de la Tabla 18.3) para la combinación de dos tipos de intervención — farmacológica y psicológica (TCC o TIP) —, quedando en cualquier caso establecido que en la depresión moderada a grave, al no haber ninguna otra opción de tratamiento psicológico más fuertemente recomendada, ha de aplicarse la medicación. Además, en el **apartado 22.**, con la afirmación "*¿Qué antidepresivos debo utilizar de primera elección?*" **se asume implícitamente que se deben utilizar antidepresivos en el tratamiento de la depresión** y en la Tabla 22.5. se ofrece como *recomendación débil* en el **punto 22.1.** "*Valore conjuntamente con la persona con depresión las opciones de tratamiento antidepresivo...*" y como *recomendación fuerte* en el **punto 22.2.** que "*cuando se prescribe un antidepresivo debería ser un ISRS...*". Primero, entendemos literalmente que lo que se recomienda débilmente es llevar a cabo una valoración conjunta con la persona y no el propio uso del antidepresivo. Segundo, consideramos que la valoración de *recomendación fuerte* para el uso de ciertos antidepresivos promueve su uso en contraste con la valoración de *recomendación débil* que se emplea en todas las opciones de tratamiento psicológico mencionadas en la Tabla 21.10, excepto en el uso de TCC y de *mindfulness* basada en la TCC para aquellos casos que, a pesar del tratamiento farmacológico, tienen un elevado riesgo de recaída (**punto 21.16**). Este último punto es claro sobre **la prioridad en la Guía del tratamiento farmacológico frente al psicológico: sólo se recomiendan fuertemente las terapias psicológicas cuando tras utilizar el tratamiento farmacológico aparecen recaídas, y ello a pesar de que las terapias psicológicas recomendadas se hayan mostrado más eficaces que el tratamiento farmacológico para la prevención de recaídas.**

Por otra parte, en apoyo al uso de los tratamientos farmacológicos para la depresión moderada a grave se ofrece evidencia empírica sobre la relativa eficacia de los distintos antidepresivos; sin embargo, **no se elabora un apartado específico sobre la relativa eficacia de los tratamientos farmacológicos en comparación con los tratamientos psicológicos** (lo que sí se hace en el apartado 16.3.4. en torno a la depresión menor y distimia).

En el apartado 18.2., centrado en el tratamiento psicológico de la depresión mayor, se refieren las ventajas en rentabilidad del tratamiento combinado frente a los antidepresivos solos, a la vez que se aborda la propuesta de la GDG de la NICE (2010) según la cual "*deberían estar disponibles una serie de opciones para el tratamiento de los pacientes con depresión mayor moderada (incluyendo antidepresivos solos y TCC sola) (TCC sola mejor que los antidepresivos solos)*", que se pretende concretar en la Tabla 6 (pág. 201) recomendando para la depresión moderada el uso de educación, farmacoterapia o psicoterapia, y para la depresión moderada o grave el uso de educación, farmacoterapia y/o psicoterapia,

y en el **punto 18.2.** de la Tabla 18.3. la *recomendación débil* de combinar medicación antidepresiva e intervención psicológica (TCC o TIP).

Las conclusiones en que se basan estas recomendaciones se repiten casi literalmente en el apartado 21.9., aunque con ligeros cambios aconsejando para los pacientes con depresión moderada "*TCC sola frente al mejor tratamiento combinado que los antidepresivos solos*" (pág. 225). En lo formal, consideramos, como en otros puntos de la Guía, que **pueden resultar ambiguas y difíciles de interpretar estas recomendaciones.**

En cuanto a las evidencias existentes sobre la comparación del tratamiento psicológico vs. farmacológico, son relevantes una serie de hallazgos que muestran que aunque la medicación produce efectos superiores a la TCC y la TIP en las primeras fases de la intervención (Elkin, Gibbons, Shea y Shaw, 1996; Klein y Ross, 1993), esta ventaja se invierte tras finalizar la intervención (Shea et al., 1992). **DeRubeis, Gelfand, Tang y Simons** (1999) encuentran que **la medicación no es más eficaz que la TCC incluso en pacientes con niveles elevados de depresión.** Más recientemente, los hallazgos del riguroso **meta-análisis realizado por Spielmans, Berman y Usitalo** (2011) muestran que la terapia psicológica, cuando responde a los criterios que permiten catalogarla como "*bona fide*" o de adecuada práctica, ofrece resultados equivalentes a la medicación antidepresiva para el tratamiento del trastorno depresivo mayor, indudablemente sin que los pacientes tengan que experimentar los efectos secundarios de la medicación. Cuando se revisan los resultados durante el seguimiento, la psicoterapia que reúne estos criterios se revela, además, superior a la medicación (De Maat, Dekker, Schoevers y De Jonghe, 2006; Imel, Malterer, McKay y Wampold, 2008). De forma interesante, esta equivalencia de resultados se ha encontrado también cuando se comparan los resultados de la terapia psicológica con la medicación en Atención Primaria (ver meta-análisis de Bortolotti, Menchetti, Bellini, Montaguti y Berardi, 2008). Desde nuestro punto de vista, **sería conveniente la inclusión, en la próxima revisión de la Guía, de estos relevantes hallazgos** que se encuentran apoyados en numerosos estudios y que revelan, en definitiva, que el uso de la medicación **en el tratamiento del trastorno depresivo** alcanza a provocar, en episodios agudos de depresión, un efecto a corto plazo en la reducción de síntomas. Si bien esta mejoría puede ser importante en algunas personas con síntomas graves de deterioro funcional como un primer paso del cambio terapéutico, **la medicación es insuficiente para consolidar estos cambios en una disminución de la vulnerabilidad y prevenir, así, la recurrencia** tan elevada de depresión clínica.

4. Sobre las características de las terapias recomendadas y la edad de los pacientes

En primer lugar, en los **puntos 21.3., 21.9., 21.10., 21.11., 21.12., 21.13., 21.14., 21.17. y 21.18.** de la tabla 21.10 se realizan recomendaciones específicas en torno al número de sesiones y duración de los distintos tratamientos, basadas en los manuales publicados por los autores de los mismos. Consideramos, sin embargo, que **es insuficiente la descripción que se ofrece de las distintas técnicas** en la Guía, especialmente en algunos casos como la activación conductual sobre la que ni siquiera se indica el objetivo principal, consistente en incrementar las experiencias agradables del paciente depresivo primordialmente en el ámbito de la interacción social, con el uso de estrategias como el entrenamiento en asertividad, relajación, solución de problemas y comunicación (Antonuccio, Danton & DeNelsky, 1995; Lewinsohn y Gotlib, 1995). En este sentido, consideramos poco orientativa para el profesional la inclusión arbitraria de los componentes de algunas terapias, como la terapia grupal cognitivo-conductual (apartado 21.1.1.), y no de

otras, como es el caso de una terapia tan estructurada como la activación conductual.

En segundo lugar, existen importantes diferencias en el tratamiento de los pacientes depresivos de distintas edades. Así, se dedica un apartado al tratamiento en personas de edad avanzada (apartado 35). Sin embargo, **no se hace referencia a las características específicas del tratamiento en población adolescente**, etapa vital en la que es especialmente relevante el papel de la terapia psicológica en la prevención de reincidencia y cronificación de cualquier trastorno.

5. Ausencia de pautas orientativas específicas para la selección del tratamiento.

En primer lugar, consideramos que **sería especialmente orientativo para el profesional indicarle los mecanismos explicativos de la depresión** que se ofrecen para explicar la eficacia de los distintos tratamientos. Esta inclusión facilitaría la identificación del "*círculo vicioso*" que subyace a la aparición del trastorno y escoger el tratamiento más apropiado para cada caso. Por ejemplo, **Lewinsohn, Hoberman, Teri, y Hautzinger** (1985) explican la aparición de la depresión en las deficiencias en el repertorio de conductas o habilidades del paciente, una carencia de reforzadores potenciales y/o una disminución de su capacidad para disfrutar experiencias positivas, lo que conduce a una disrupción de los patrones de conducta adaptativa que aumentan la vivencia de experiencias desagradables. Esta hipótesis de funcionamiento de la depresión da sentido a las estrategias concretas que se emplean en el "*Curso de afrontamiento de la depresión*" de Lewinsohn et al. (1984) y puede ser aplicable a numerosos adolescentes con trastorno depresivo mayor como muestran los hallazgos de **Lewinsohn, Clarke, Hops y Andrews** (1990). La investigación muestra también, en depresión leve a moderada, que cuando se aplica un tratamiento que responde al tipo de depresión que presenta el individuo la eficacia es superior que cuando se aplica un tratamiento inespecífico (Rodríguez-Naranjo y Godoy, 1998).

En segundo lugar, se debería **informar también a los profesionales** de que determinadas estrategias de algunos tratamientos como la TCC no son responsables de los resultados de la intervención y su inclusión sólo redundaría en un mayor coste, en tanto que otras, como **la activación conductual o la enseñanza de habilidades para modificar los pensamientos automáticos, son las que explican su eficacia** (e.g. Jacobson, Dobson, Truax et al., 1996; Spielmanns, Pasek y McFall, 2007). Estos hallazgos confieren a estas últimas estrategias un gran potencial terapéutico más allá del tratamiento en el que se inserten.

En tercer lugar, se ha identificado que **determinados factores del paciente se constituyen en predictores de los resultados** que se obtienen con algunos tratamientos para la depresión. Por ejemplo, los pacientes que se benefician más del "*Curso de afrontamiento de la depresión*" de Lewinsohn et al. (1984) se caracterizan, en cuanto a variables personales, por mostrar un mejor funcionamiento social, percibir más apoyo de su familia y percibir un mayor dominio sobre los acontecimientos, y en cuanto a su percepción del tratamiento, por mostrar un mayor optimismo sobre su éxito y percibir una mayor cohesión en el grupo de terapia (Hoberman, Lewinsohn y Tilson, 1988; Teri y Lewinsohn, 1986). **Esta información es muy relevante no sólo para la selección de los pacientes más idóneos** para este tipo de tratamiento, sino también para intervenir sobre estos factores que se muestran responsables de la eficacia del mismo, contribuyendo así a reducir la alta tasa, aproximadamente un 20%, de pacientes que continúan estando depresivos al finalizar este tipo de intervención (Lewinsohn et al., 1989). Junto a los tratamientos conductuales, también la

vertiente cognitiva de la terapia de conducta se ha caracterizado por su interés en el estudio de las variables del paciente que se encuentran implicadas en los efectos de la terapia cognitiva sobre la depresión —por ejemplo, el aprendizaje de recursos (Simons, Lustman, Wetzel y Murphy, 1985) o el estilo atribucional (DeRubeis, Evans, Hollon et al., 1990; Hollon, DeRubeis y Evans, 1987).

En definitiva, consideramos que, en lugar de yuxtaponer distintos tratamientos, lo que no ofrece al profesional criterios concretos que le guíen en la decisión sobre el tratamiento más apropiado para cada caso, **la Guía sería más útil si incluyera** lo siguiente: (a) Las **hipótesis explicativas del trastorno** que fundamentan cada tipo de tratamiento, ya que eso permitiría que los resultados de la evaluación orientaran al profesional sobre el tratamiento probablemente más eficaz en cada caso; (b) Un **análisis de los hallazgos de la investigación que muestran las estrategias específicas que son comunes** a distintos tratamientos para la depresión y explican un mayor porcentaje de su eficacia; y (c) Una revisión de los hallazgos existentes sobre los **factores del paciente que explican los resultados** de distintos procedimientos terapéuticos para la depresión (aspectos que no quedan reflejados en los apartados 15, 16, 17, 18 ó 21 de la Guía). Si bien un análisis exhaustivo de los hallazgos de la investigación sobre el tratamiento de la depresión en el sentido descrito requiere una mayor elaboración que la que se lleva a cabo en la Guía, a pesar de sus 631 páginas, su inclusión permitiría al profesional disponer de una serie de recomendaciones concretas y más orientativas (que su simple graduación de débil a fuerte) para la selección del tratamiento a partir de los factores del trastorno y del paciente que mejor se ajusten a las distintas técnicas disponibles con eficacia demostrada.

Referencias:

- Antonuccio, D.O., Danton, W.G., y DeNelsky, G.Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574-585.
- Aragonès, E., Piñol, J.L., y Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23, 363-368.
- Aragonès, E., Piñol, J.L., Labad, A., Folch, S., y Mèlich, N. (2004). Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 331-343.
- Barbato, A. y D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79, 121-132.
- Beach, S.R. y O'Leary, K.D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: outcome and predictors of response for marital therapy vs cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507-528.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery (1979-1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.
- Belsher, G. y Costello, C.G. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 104, 84-96.
- Blackburn, I.M., Eunson, K.M., y Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 167-75.
- Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M.B., y Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 30, 293-302.

- Bromet, E., Andrade, L., Hwang, I. et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9:90.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187, 441-453.
- Cornwall P. y Scott J. (1997). Partial remission in depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 265-271.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with depression" course. *Behavior Therapy*, 29, 521-533.
- Cuijpers P., Muñoz R.F., Clarke G.N., y Lewinsohn P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29, Issue 5, 449-458.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., y van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit F., Mihalopoulos C., y Beekman A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280.
- De Maat, S., Dekker, J. Schoevers, R., y De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 566-578.
- DeRubeis, R.J., Evans, M.D., Hollon, S.D., Garvey, M.J., Grove, W.M., y Tuason, V.B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 862-869.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z., y Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: meta-analysis of four randomized comparisons. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalzing, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L., y Jacobson, N.S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., y Shaw, B.F. (1996). Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 92-103.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Pilkonis, P.A., y Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 841-847.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., y Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 49, 971-982.

- Emanuel-Zuurveen, L. y Emmelkamp, P.M. (1996). Individual behavioural-cognitive therapy vs. marital therapy for depression in marital distressed couples. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 181-188.
- Emanuel-Zuurveen, L. y Emmelkamp, P.M. (1997). Spouse-aided therapy with depressed patients. *Behavior Modification*, 21, 62-77.
- Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Piasecki J.M., Groove, W.M., Garvey M.J., y Tuason, V.B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Faravelli, C., Ambonetti, A., Palanti, S., y Pazzagli, A. (1986). Depressive relapses and incomplete recovery from index episode. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 888-891.
- Fava, G.A. (1999). Well-being therapy: conceptual and technical uses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrari, R., y Morphy, M.A. (1998). Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 1443-1445.
- Feijo de Mello, M., Mari, J.J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., y Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 255, 75-82.
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., Palao, D. J., Peñarribia, M. T., Fernández, R., Blanco, E., Luciano, J. V., y Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32, 201-209.
- Goldner, E.M., Hsu, L., Waraich, P., y Somers, J.M. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 124-138.
- Hart, A.B., Craighead, W.E., y Craighead, L.W. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 633-643.
- Hoberman, H.M., Lewinsohn, P.M., y Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 393-398.
- Hoffman, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Hollon, S.D., DeRubeis R.J., y Evans, M.D. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 139-149.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Jay, D., Amsterdam, M.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B., y Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., y Wampold, B.E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110, 197-206.

- Jacobson, N.S., Dobson, K., Fruzzetti, A.E., Schmaling, K.B., y Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 547-557.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., Gortner, E. y Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Rice, J., Coryell, W., y Hirschfeld, R. M. A. (1986). The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: A prospective follow-up. *The American Journal of Psychiatry, 143*, 24-8.
- Klein, D.F. y Ross, D.C. (1993). Reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program general effectiveness report. *Neuropsychopharmacology, 8*, 24-251.
- Kuehner, C. (2005). An evaluation of the 'Coping with Depression Course' for relapse prevention with unipolar depressed patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*, 254-259.
- Lau, M.A., Segal, Z.V., y Williams, J.M.G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: Implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1001-1017.
- Leichsenring, F. y Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 300*, 1551-1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S., y Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 61*, 1208-1216.
- Lewinsohn, P.M., Antonuccio, D.O., Steinmetz, J.L., y Teri, L. (1984). *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia Publishing.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., y Hoberman, H. M. (1989). The coping with depression course: Review and future directions. *Canadian Journal of Behavioural Science, 21*, 470-493.
- Lewinsohn, P.M. Clarke, G.N., Hops, H., y Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy, 21*, 385-401.
- Lewinsohn, P.M. y Gotlib, I.H., Behavioral theory and treatment of depression (1995). En E.E. Beckham y W.R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 352-375). New York: Guilford Press.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H., Teri, L., y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). New York: Academic Press.
- Ma, S.H. y Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.
- Mathew, K.L, Whitford, H.S., Kenny, M.A., y Denson, L.A. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*, 561-76.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L.C., y Bagby, R.M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control

- trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1041-1054.
- Mintz, J., Mintz, L.I., Arruda, M.J., y Hwang, S.S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. *Archives of General Psychiatry*, 49, 761-768.
- Mitchell, A.J., Vaze, A., y Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *Lancet*, 374, 609-619.
- Mueller, T.L., Leon, A.C., y Keller, M.B. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- NICE – National Institute for Clinical Excellence (2010). *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care – NICE Guidance*. London, UK: The British Psychology Society & The Royal College of Psychiatrists.
- Paykel, E.S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst H., Kerr, J., y Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25, 1171-1180.
- Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J.D., Johnson, A.L., Galand, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, P.L., Hayhurst, H., Abbott, R. y Pope, M. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 829-835.
- Pérez Alvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., y Amigo Vázquez, I. (Coord.) (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces I. Adultos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Prien, R.F. y Kupfer, D.J. (1986). Continuation drug therapy for major depressive episodes: How long should it be maintained? *The American Journal of Psychiatry*, 143, 18-23.
- Prince, S.E. y Jacobson, N.S. (1995). A review and evaluation of marital and family therapies for affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 377-401.
- Quilty, L.C., McBride, C., y Bagby, R.M. (2008). Evidence for the cognitive mediational model of cognitive behavioural therapy for depression. *Psychological Medicine*, 38, 1531-1541.
- Rodríguez-Naranjo, C. y Godoy, A. (1998). Factors which predict the effectiveness of different treatments of mild depression or dysphoria. *Psychology in Spain*, 2, 17-26.
- Scott, J., Teasdale, J.D., Paykel, E.S., Johnson, A.L., Abbott, R., Moore, R., y Garland, A. (2000). Effects of cognitive therapy on psychological symptoms and social functioning in residual depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 440-446.
- Segal, Z. V., Gemar, M., y Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 108, 3-10.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Shawyer, F., Meadows, G.N., Judd, F., Martin, P.R., Segal, Z., y Piterman, L. (2012). The DARE study of relapse prevention in depression: design for a phase 1/2 translational randomised controlled trial involving mindfulness-based cognitive therapy and supported self monitoring. *BMC Psychiatry*, 12:3.

- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Glass, D.R., Dolan, R.T., y Parloff, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Simons, A.D., Lustman, P.J., Wetzel, R.D., y Murphy, G.E. (1985). Predicting response to cognitive therapy of depression: the role of learned resourcefulness. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 79-89.
- Simons, A.D., Murphy, G.E., Levine J.L., y Wetzel, R.D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.
- Spielmanns, G.I., Berman, M., y Usitalo, A.N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A Meta-Analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, Issue 3, 142-149.
- Spielmanns, G.I., Pasek, L.F., y McFall, J.P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 27, issue 5, 642-654.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., y Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Teri, L. y Lewinsohn, P.M. (1986). Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. , *Behavior Therapy*, 17, 215-228.