



# Eficacia de los Protocolos de Intervención Psicológica en Pacientes con Trastorno Depresivo Persistente. Una Revisión Sistemática.

Autora: Ariana Garrido Encalada

Tutora: Irene López Gómez

Máster en Psicología General Sanitaria  
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Madrid

15 de mayo de 2026

**Resumen:** La elevada prevalencia de los trastornos depresivos constituye una preocupación a nivel social debido a su impacto significativo en la calidad de vida de las personas y su asociación con la discapacidad funcional. La evidencia científica disponible sobre la intervención en el trastorno depresivo persistente es aún limitada, lo que dificulta la identificación de tratamientos claramente eficaces. Por este motivo, y con el fin de evaluar la eficacia de los programas de intervención psicológica en población con trastorno depresivo persistente, se ha llevado a cabo una revisión sistemática exhaustiva sobre el tema, siguiendo la normativa PRISMA. Los resultados de ésta han permitido concluir que los programas estudiados son eficaces para la reducción de sintomatología depresiva, sin embargo, la evidencia disponible no es suficiente para determinar qué programa presenta mayor eficacia.

**Palabras Clave:** trastorno depresivo persistente, adultos, intervención psicológica, eficacia, ensayos clínicos aleatorios

**Abstract:** The high prevalence of depressive disorders is a cause for social concern due to their significant impact on people's quality of life and their association with functional disability. The available scientific evidence on interventions for persistent depressive disorder is still limited, making it difficult to identify clearly effective treatments. For this reason, and in order to evaluate the efficacy of psychological intervention programs for population with persistent depressive disorder, a comprehensive systematic review on the topic was conducted, following the PRISMA guidelines. The results of this review led to the conclusion that the programs studied are effective in reducing depressive symptoms, however, there is not enough available evidence to determine which program presents the most effectiveness.

**Key Words:** persistent depressive disorder, adults, psychological intervention, efficacy, randomized clinical trials

## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivo.....</b>	<b>9</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>10</b>
<b>Método.....</b>	<b>11</b>
<b>Estrategia de Búsqueda.....</b>	<b>11</b>
<i>Fuente y Búsqueda de Datos.....</i>	<i>11</i>
<i>Criterios de Elegibilidad.....</i>	<i>12</i>
<i>Procedimiento de Selección de Estudios.....</i>	<i>13</i>
<b>Variables.....</b>	<b>14</b>
<b>Análisis de Datos.....</b>	<b>15</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>17</b>
<b>Características Metodológicas de la Muestra.....</b>	<b>17</b>
<b>Características de la Muestra.....</b>	<b>19</b>
<b>Evaluación del Rigor Metodológico.....</b>	<b>20</b>
<b>Tipos de Programas de Intervención Psicológica Aplicados.....</b>	<b>20</b>
<b>Impacto de las intervenciones.....</b>	<b>25</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>33</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>40</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>42</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo A: Ecuaciones de Búsqueda en las Bases de Datos.....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo B: Variables Metodológicas.....</b>	<b>53</b>
<b>Anexo C: Variables de la Muestra.....</b>	<b>54</b>
<b>Anexo D: Variables de la Intervención.....</b>	<b>56</b>

<b>Anexo E: Características de la Intervención.....</b>	<b>58</b>
<b>Anexo F: FEMERP y Resultados en la Disminución de la Sintomatología Depresiva .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo G: Declaración del Uso de Herramientas de Inteligencia Artificial Generativa .....</b>	<b>61</b>

## Introducción

### Justificación

El trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia o trastorno distímico, es un diagnóstico psiquiátrico catalogado dentro de los trastornos depresivos y del estado ánimo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2022). Este trastorno engloba presentaciones persistentes de sintomatología depresiva, con una cronicidad mínima de dos años en población adulta (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2025), los trastornos depresivos afectan al menos al 5,7% de la población, siendo una de las principales causas de discapacidad. Para poder sintetizar adecuadamente la literatura y la evidencia científica y terapéutica, es necesario delimitar qué se entiende por trastorno depresivo persistente y cómo se diferencia de otros trastornos depresivos.

El trastorno depresivo persistente agrupa el trastorno de depresión crónica y el trastorno distímico, diagnósticos del DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Este se caracteriza por patrones de inestabilidad afectiva, impulsividad y problemas de identidad; incluyendo síntomas disociativos, sentimientos de vacío crónico, dificultad para controlar la ira y comportamientos o amenazas suicidas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Además del estado de ánimo depresivo, este trastorno se caracteriza por la presencia de síntomas adicionales, tales como la disminución o pérdida de interés o placer en las actividades, alteraciones en la concentración y la atención, dificultades en la toma de decisiones, baja autoestima, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados, desesperanza respecto al futuro, cambios en los patrones de sueño y alimentación, así como disminución de la energía o fatiga (Organización Mundial de la Salud, 2022). Lo que diferencia al trastorno

depresivo persistente del resto de trastornos depresivos es su carácter crónico, ya que la sintomatología depresiva se presenta durante la mayor parte del día, más días que menos, a lo largo de un periodo mínimo de dos años, sin que exista una remisión de los síntomas superior a dos meses consecutivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Es sumamente importante distinguir que los episodios depresivos de este trastorno no suelen cumplir con los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor. En caso de hacerlo, y mantener el criterio temporal de al menos dos años, no se realiza un diagnóstico diferente al trastorno depresivo persistente, sino que se añade el episodio de depresión mayor como especificador (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Esta forma de depresión no suele producir un deterioro funcional agudo, pero, debido a su carácter crónico, se asocia a un mayor desgaste psicológico y a la necesidad de un esfuerzo sostenido para mantener el funcionamiento cotidiano. Es por esto que, más allá de su definición diagnóstica, el rasgo distintivo del trastorno depresivo persistente es el impacto sostenido que tiene en el funcionamiento diario de las personas, y su cronicidad en el tiempo.

El estudio del trastorno depresivo persistente es de gran relevancia en el campo clínico por sus consecuencias en el funcionamiento, la calidad de vida y economía de la salud. En conjunto, los trastornos depresivos se asocian a un deterioro significativo en la calidad de vida, así como en el funcionamiento social, laboral y personal de los pacientes. Sin embargo, en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo persistente, es aún mayor el deterioro y la carga en la calidad de vida por su prolongación en el tiempo, creando así un deterioro severo, e incluso incapacitante (IsHak, 2013; Rapaport et al., 2005). Además, en España, siete de cada 1,000 personas son diagnosticadas con un trastorno depresivo cada año y el coste por persona sobrepasa los 3,000 euros anuales (Vieta et al., 2021). Si bien estos números incluyen la atención médica, y en algunos casos el tratamiento farmacológico, el 81,6% de este valor representa costes indirectos de la discapacidad temporal o permanente

causadas por la baja productividad y el absentismo laboral (Vieta et al., 2021). Por otro lado, muchas de las estadísticas engloban los trastornos depresivos en general y no tienen en cuenta el carácter crónico de este, por lo que es necesario optimizar las estrategias terapéuticas basadas en evidencia que permitan intervenir en población adulta con curso diagnóstico persistente.

La evidencia científica disponible sobre la intervención en el trastorno depresivo persistente es aún limitada, lo que dificulta la identificación de tratamientos claramente eficaces. Ante la ausencia de protocolos específicos ampliamente establecidos, se han empleado combinaciones de tratamientos y adaptaciones de intervenciones desarrolladas para otros trastornos depresivos (Jiménez-Maldonado et al., 2013). No obstante, el abordaje de este trastorno continúa siendo complejo, debido a su carácter crónico, la frecuente presencia de historiales prolongados de tratamiento, las recaídas recurrentes y, en muchos casos, la baja adherencia terapéutica. Además de las limitaciones debido a la heterogeneidad en la respuesta sintomática tras el tratamiento (Rhebergen y Graham, 2014), se han realizado muy pocos estudios con seguimientos a largo plazo que permitan estudiar la eficacia de los diferentes protocolos adaptados y los factores específicos y diferenciales de este trastorno en el tiempo. Esto demuestra la necesidad de investigar a mayor profundidad este tipo de depresión, pero sobre todo, evaluar programas de intervención desarrollados o adaptados específicamente para cursos persistentes de depresión.

De acuerdo con la Oficina Estadística de la Unión Europea, el 7,2% de la población europea presenta un trastorno depresivo persistente (Eurostat, 2021). A pesar de esta elevada prevalencia, la evidencia disponible sobre su tratamiento continúa siendo limitada y heterogénea. Diversas guías clínicas y revisiones europeas han abordado su intervención; sin embargo, coinciden en señalar la falta de recomendaciones específicas y concluyentes relacionadas con la eficacia de los distintos enfoques terapéuticos (Grupo de trabajo de la

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014; Jobst et al., 2016; Schnitzspahn et al., 2025; Vieta et al., 2021). Por esto, la Asociación Europea de Psiquiatría recomienda un abordaje combinado que integre psicoterapia adaptada a las características y necesidades individuales del paciente junto con tratamiento farmacológico (Jobst et al., 2016). Uno de los tipos de intervención que se recomienda es el Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia (CBASP), una intervención psicológica desarrollada específicamente para el trastorno depresivo persistente y, según algunos autores, la única diseñada con este propósito (Berger et al., 2011; Linstead y Doyle, 2022; McCullough, 2003; Serbanescu et al., 2020). Esta intervención se basa en la psicoterapia analítica conductual que busca mejorar y cambiar las contingencias interpersonales del paciente, utilizando la relación terapeuta-paciente como una herramienta de aprendizaje para el paciente (McCullough et al., 2014). Otros protocolos de intervención psicológica, no específicos, pero que se utilizan para intervenir en el trastorno depresivo persistente incluyen la terapia cognitivo-conductual, terapia cognitiva basada en mindfulness y terapia cognitiva basada en la persona (Mayo Clinic, 2013; Michalak et al., 2015; Strauss et al., 2012).

Existe poca literatura y evidencia científica enfocada en la intervención psicológica del trastorno depresivo persistente. La evidencia disponible sobre la depresión persistente se caracteriza por importantes limitaciones metodológicas, inconsistencias diagnósticas y una calidad generalmente baja, lo que dificulta obtener resultados sólidos y concluyentes sobre su diagnóstico, tratamiento y conceptualización (Kasyanov et al., 2025; Mathias et al., 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2022). Los ensayos clínicos aleatorizados publicados son poco potentes debido a que tienen alta heterogeneidad en los criterios diagnósticos, lo que dificulta diferenciar correctamente el trastorno depresivo persistente de otras formas de depresión crónica y tener una síntesis representativa de la población (Cuijpers et al., 2010; Kasyanov et al., 2025; Mathias et al., 2024; Negt et al., 2016). Además, los

estudios presentan una considerable variabilidad en sus condiciones de comparación con diferentes tipos de grupos control y diferencias en la intensidad y duración de las intervenciones psicológicas y farmacológicas, con seguimiento limitado y diversidad en las medidas de los resultados. En esta misma línea, se encuentran revisiones que ponen de manifiesto la heterogeneidad metodológica existente y las limitaciones de la evidencia disponible sobre la eficacia de la intervención psicológica en el trastorno depresivo persistente (Cuijpers et al., 2010; Negt et al., 2016; Mathias et al., 2024; Schramm et al., 2020). De hecho, la Asociación Europea de Psiquiatría explicita la necesidad de más investigación a largo plazo, y con un proceso de selección de pacientes más riguroso (Jobst et al., 2016). Estas limitaciones justifican la necesidad de una revisión sistemática de la eficacia de programas de intervención psicológica en el trastorno depresivo persistente que haga una evaluación comparativa y transparente.

Aunque la evidencia disponible sea limitada, es necesario, ante la evolución de los diagnósticos y tratamientos, realizar una revisión que identifique las opciones más comunes para abordar un trastorno tan complejo como lo es este y estudie la eficacia de estas intervenciones psicológicas.

## **Objetivo**

Esta revisión sistemática tiene como objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas para el tratamiento del trastorno depresivo persistente en población adulta, mediante la identificación y selección de ensayos clínicos estandarizados que evalúan intervenciones psicológicas dirigidas a adultos con diagnóstico de trastorno depresivo persistente, sintetizando cuantitativamente los efectos de las intervenciones sobre la reducción de síntomas depresivos al final del tratamiento, comparando la eficacia entre tipos de intervención, cuando sea posible, tanto en población medicada como no medicada, y

examinando la evidencia empírica sobre las variables específicas de las intervenciones que contribuyen a su eficacia en el tratamiento del trastorno depresivo persistente.

### **Hipótesis**

En relación con las hipótesis de este trabajo, se plantea que las intervenciones psicológicas estructuradas serán eficaces en la reducción de sintomatología depresiva en pacientes adultos con trastorno depresivo persistente. Además, se espera que existan diferencias en la eficacia entre los distintos enfoques y modelos terapéuticos, mostrando mayor eficacia aquellas intervenciones diseñadas o adaptadas de manera específica para el trastorno depresivo persistente.

## Método

### Estrategia de Búsqueda

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica publicada en materia de psicología y psiquiatría en relación con la intervención psicológica en población adulta con un diagnóstico de trastorno depresivo persistente o trastorno distímico. Para su elaboración, se han seguido las directrices de la declaración PRISMA (Page et al., 2021) para la correcta realización de revisiones sistemáticas. A continuación, se detalla el proceso de elaboración de sus distintas fases.

### Fuente y Búsqueda de Datos

La búsqueda se ha llevado a cabo en las bases de datos *Cochrane, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycInfo, PubMed, Scopus y Web of Science*. Los términos clave de búsqueda incluyeron aquellos relacionados con el trastorno depresivo persistente (trastorno depresivo persistente, distimia, depresión crónica, trastorno distímico), la intervención psicológica (intervención psicológica, psicoterapia, tratamiento psicológico) y la población adulta (población adulta, adultos, adultez).

**Ecuación de Búsqueda.** La ecuación de búsqueda utilizó lenguaje libre y booleanos que facilitaron la replicabilidad de la búsqueda en las diferentes bases de datos. Esta fue: (*dysthymi\** OR “*persistent depressive disorder*” OR “*chronic depression*” OR “*dysthymic disorder*”) AND (*psychotherapy* OR “*psychological treatment*” OR “*psychological intervention*”) AND (*RCA* OR “*randomized controlled trial*” OR “*randomized clinical trial*” OR “*randomized trial*”) AND (*adults* OR *adult* OR *adulthood* OR “*adult population*”) AND (*efficacy* OR *outcome*).

**Criterios de Búsqueda.** El criterio de búsqueda ha sido la presencia de trastorno depresivo persistente o trastorno distímico diagnosticados con los criterios del DSM 5 o CIE

11, o de ediciones anteriores de estos, como distimia o trastorno depresivo recurrente.

Además, los estudios deberán seguir un diseño de ensayo clínico aleatorizado en población adulta. La búsqueda ha sido refinada por el idioma de publicación en inglés o español.

Concretamente, se obtuvieron 810 resultados de la búsqueda sistemática entre las distintas bases de datos y, posteriormente, se eliminaron 297 duplicados (Tabla A1).

### ***Criterios de Elegibilidad***

**Criterios de Inclusión.** Serán incluidos aquellos estudios cuya población sea adulta ( $\geq 18$  años) con diagnóstico de trastorno depresivo persistente, de acuerdo con los criterios del DSM-5, o de trastorno distímico según los criterios de la CIE-11. Asimismo, se incluirán estudios que evalúen poblaciones diagnosticadas con trastorno depresivo mayor crónico o depresión doble, tal como fueron definidos en versiones previas del DSM y CIE, dado que estos son conceptualmente equivalentes y están integrados dentro del diagnóstico de trastorno depresivo persistente.

Se incluirán aquellos estudios que evalúen adultos junto con otros grupos etarios sólo si los resultados están desglosados específicamente para adultos. Se incluirán únicamente intervenciones psicológicas que incluyan un componente terapéutico identificable y sistematizado, y medidas de eficacia clínica pre-post intervención. El diseño de dichos estudios deberá corresponder con ensayos clínicos aleatorizados (ECA / RCT). Para ser incluidos, los estudios tendrán que ser publicaciones académicas redactadas en inglés o español, con acceso al texto completo.

**Criterios de Exclusión.** Se excluirán los estudios cuya población incluya menores de 18 años o muestras mixtas, sin datos separados para adultos. De igual manera, se excluirán estudios que incluyan muestras mixtas de trastorno depresivo persistente y otros trastornos depresivos sin reportar los resultados diferenciados para el trastorno depresivo persistente y

aquellos estudios que aborden diagnósticos depresivos amplios o heterogéneos sin distinguir trastorno depresivo persistente, trastorno distímico, distimia, trastorno depresivo mayor crónico o depresión doble, de acuerdo a los criterios diagnósticos de los manuales diagnósticos previamente mencionados. Igualmente, se descartarán aquellos estudios que no utilicen diseño de ensayo clínico aleatorizado; que no midan eficacia clínica de las intervenciones sobre la disminución o remisión de sintomatología depresiva, o solo reporten variables de proceso; que no reporten medidas de resultado clínicas pre-post intervención. Además, se descartarán los estudios que no incluyan intervenciones psicológicas con base teórica o que solo incluyan tratamiento farmacológico. De igual forma, se excluirán revisiones sistemáticas o narrativas, protocolos, estudios de protocolos, capítulos de libros, comentarios, editoriales y ponencias o trabajos de congresos. Se excluirán estudios duplicados, con datos insuficientes o sin acceso al texto completo.

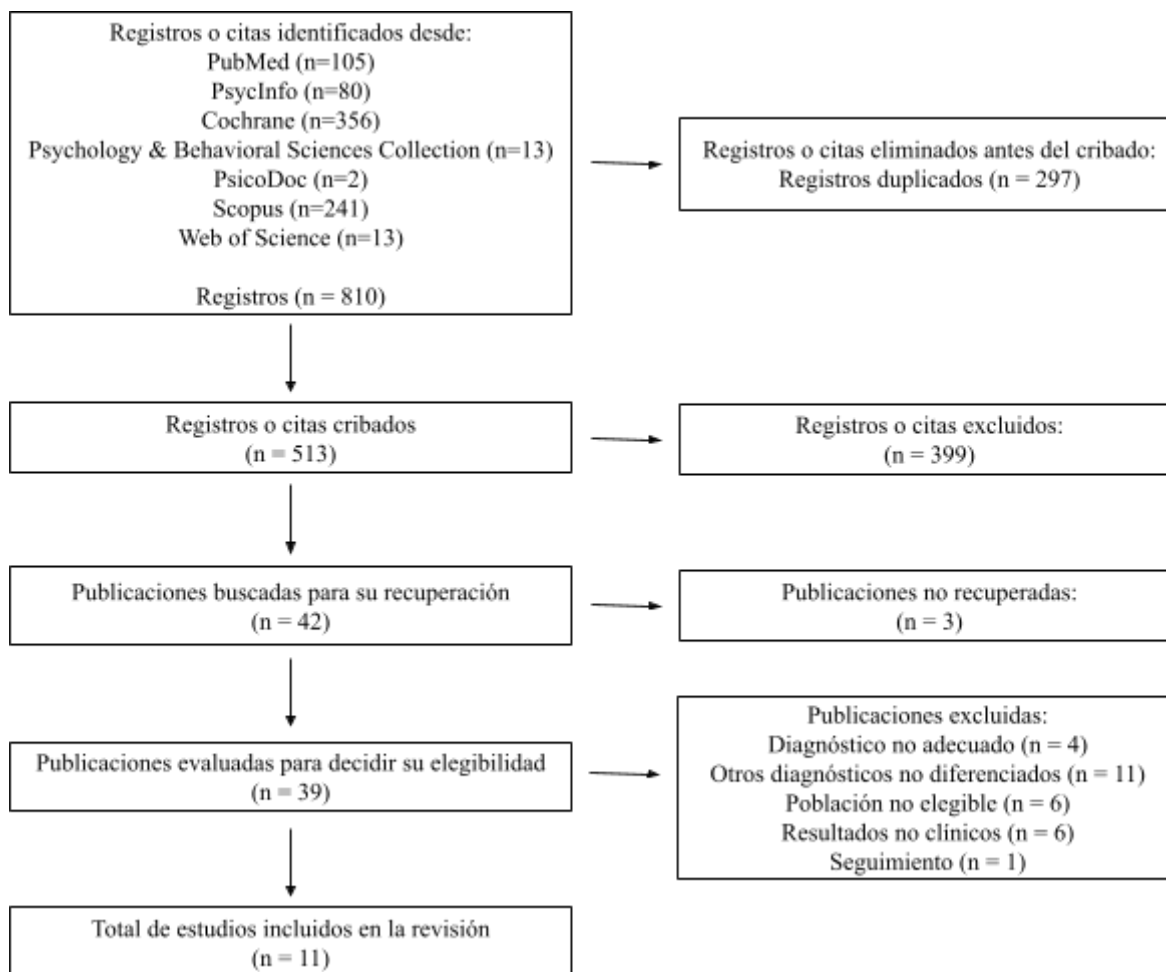
### ***Procedimiento de Selección de Estudios***

Según estos criterios, y sólo con la lectura del título se consideraron adecuados 114 estudios. Se procedió a un cribado tras la lectura del resumen y se procedieron a elegir 39 artículos para su lectura completa. Se realizó un cribado adicional mediante la lectura completa de los artículos restantes con el objetivo de analizar y revisar exhaustivamente el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión previamente mencionados. Se descartaron los 28 artículos restantes debido a ausencia de resultados diferenciados para el trastorno depresivo persistente; utilización de medidas de autoinforme o criterios temporales subjetivos para el diagnóstico, sin confirmación mediante criterios diagnósticos de los manuales previamente mencionados; diagnóstico de trastorno del estado del ánimo diferente a trastorno depresivo persistente o trastorno distímico o sus equivalentes; inclusión exclusiva de población de adultos mayores; y evaluación de variables distintas a la eficacia del

tratamiento en la reducción de síntomas depresivos. Tras este cribado, el número final de artículos válidos seleccionados para esta revisión sistemática fue de 11 artículos (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos.



## Variables

Para evaluar la validez de los estudios primarios seleccionados, se analizaron las variables metodológicas respectivas. Concretamente, se evaluó el tipo de diseño utilizado y el uso de un grupo control, el tamaño de la muestra del estudio, los tipos de medidas utilizadas para medir los resultados, el seguimiento de los resultados y la pérdida de sujetos a lo largo de los estudios.

Posteriormente, se analizaron las variables características de la muestra de cada estudio, que incluyen la proporción entre mujeres y hombres en la muestra, el rango etario de esta, el país de procedencia y el ámbito en que se realizó el reclutamiento de la muestra.

De igual manera, se analizaron las variables de las intervenciones evaluadas; registrando el tipo de intervención realizada, su duración temporal, la variable o síntoma evaluado y la formación o certificación de los profesionales que aplicaron dichos protocolos de intervención.

Finalmente, se analizaron las características de los programas de intervención. Se evaluó la duración de este, el número de sesiones y su duración, y el formato en que estas se impartieron.

### **Análisis de Datos**

Para analizar los datos que se han obtenido en relación a la eficacia de las intervenciones estudiadas, se ha evaluado si las intervenciones han tenido resultados positivos o negativos sobre la sintomatología depresiva tras el cese de cada programa. Para poder sintetizar los datos de los resultados para su posterior análisis, se han transformado las puntuaciones a dos medidas de métrica común, la *d* de Cohen y la *g* de Hedges, medidas del tamaño del efecto que cuantifican la magnitud de este. En algunos estudios se reportaban estas medidas en los resultados. En el caso de aquellos estudios que no proporcionaban los estadísticos previamente mencionados, se transformó la diferencia de medias estandarizadas en el tamaño del efecto mediante *d* de Cohen y se corrigió el sesgo mediante la *g* de Hedges utilizando las siguientes fórmulas:

$$d = \frac{M_1 - M_2}{S_p} \qquad g = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{s_p} \times J$$

Los datos obtenidos tras aplicar estas fórmulas son el resultado de la estandarización de los resultados de todos los estudios, y evalúan si el efecto de estas intervenciones es positivo o negativo. Con estos datos, se procedió a analizar los resultados en función del tipo de intervención aplicada y el tamaño del efecto de esta.

Además, se realizó un estudio de calidad metodológica de los estudios incluidos en esta revisión, utilizando el Formulario de Evaluación Metodológica de Estudios de Resultados en Psicoterapia (FEMERP; Öst, 2008). Esta escala examina, a través de 22 ítems, los elementos metodológicos de los estudios incluyendo las características de la muestra, las propiedades psicométricas de las medidas utilizadas para medir los resultados, el diseño de las investigaciones, los grupos controles y la aleatorización, la formación de los terapeutas que realizan las intervenciones psicológicas, la adherencia al proceso terapéutico y las características de este (Öst, 2008).

Por último, se realizó un análisis comparativo entre variables específicas de los programas de intervención, incluyendo comparaciones entre las diferentes familias terapéuticas y entre intervenciones psicológicas aplicadas de forma aislada o en combinación con tratamiento farmacológico antidepresivo concomitante.

## Resultados

### Características Metodológicas de la Muestra

Los once estudios incluidos en esta revisión sistemática son diseños experimentales aleatorizados. Siete de los estudios presentan al menos un grupo control y un grupo experimental (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Michalak et al., 2015; Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012), mientras que cuatro de estos tienen entre dos y cuatro brazos experimentales, incluyendo intervenciones psicológicas, farmacológicas, tratamiento habitual y lista de espera (Markowitz et al., 2005; Rosso et al., 2013; Schramm et al., 2017, 2019; Wiersma et al., 2014). Dentro de los estudios que tienen grupo control, únicamente uno tiene la condición de lista de espera (Rief et al., 2018), cinco de estos tienen en el grupo control la intervención con el tratamiento habitual (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Michalak et al., 2015; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012); y uno tiene grupo control activo (Oehler et al., 2020). Además, se incluye el seguimiento de los estudios de Rosso et al. (2013), Oehler et al. (2020) y de Schramm et al. (2017, 2019) (Tabla B1).

Siete de los estudios reportan cegamiento de los evaluadores, tres reportan cegamiento claro (Barnhofer et al., 2009; Michalak et al., 2015; Schramm et al., 2017, 2019) y cuatro reportan cegamiento parcial (Cladder-Micus et al., 2018; Rosso et al., 2013; Strauss et al., 2012; Wiersma et al., 2014). En cuanto al cegamiento de los participantes, únicamente dos estudios reportan cegamiento, siendo este parcial (Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018). En siete de los estudios se analiza la pérdida de sujetos (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Michalak et al., 2015; Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018; Schramm et al., 2017, 2019; Wiersma et al., 2014), mientras que en cuatro de ellos no (Markowitz et al., 2005; Rosso et al., 2013; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012). El porcentaje de pérdida de sujetos de todos los estudios es el siguiente, ordenado de menor a mayor, 0% (Strauss et al.,

2012), 7,38% (Schuling et al., 2020), 9,68% (Barnhofer et al., 2009), 10% (Cladder-Micus et al., 2018), 14,18% (Schramm et al., 2017), 14,43% (Markowitz et al., 2005), 15,03% (Rief et al., 2018), 15,85% (Oehler et al., 2020), 18,87% (Michalak et al., 2015), 19,15% (Rosso et al., 2013), y 25,18% (Wiersma et al., 2014).

Las variables estudiadas son la sintomatología depresiva (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Markowitz et al., 2005; Michalak et al., 2015; Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018; Rosso et al., 2013; Schramm et al., 2017, 2019; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012; Wiersma et al., 2014), la sintomatología secundaria (Cladder-Micus et al., 2018; Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018; Schramm et al., 2017, 2019; Schuling et al., 2020), y el ajuste social y los problemas interpersonales (Markowitz et al., 2005) (Tabla B3).

Para medir la sintomatología depresiva se utilizan cuestionarios y autoinformes como la Escala de Depresión de Hamilton de 17 ítems (Rosso et al., 2013), la Escala de Depresión de Hamilton de 24 ítems (Markowitz et al., 2005; Michalak et al., 2015; Schramm et al., 2017, 2019), el Inventario de Sintomatología Depresiva en su versión de autoinforme (Cladder-Micus et al., 2018; Oehler et al., 2020; Wiersma et al., 2014) y el Inventario de Depresión de Beck (Barnhofer et al., 2009; Markowitz et al., 2005; Michalak et al., 2015; Rief et al., 2018; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012) (Tabla B1).

En algunos estudios, además de la evaluación al terminar el tratamiento del grupo experimental, se realiza un seguimiento de los participantes a los tres meses (Oehler et al., 2020), a los seis meses (Oehler et al., 2020; Rosso et al., 2013), a las cuarenta y ocho semanas (Schramm et al., 2017), al un año (Oehler et al., 2020; Schramm et al., 2019) y a los dos años (Schramm et al., 2019) (Tabla B1).

## Características de la Muestra

La muestra de los estudios oscila entre 31 y 347 participantes, con una media de 143,75 participantes por estudio (Tabla B1). Existe una considerable variabilidad en el tamaño muestral de los estudios incluidos, lo que podría influir en la robustez y comparabilidad de los resultados. De manera general, la compone población adulta con un rango de edad desde los 18 hasta los 68 años (Tabla B2). En la mayoría de ocasiones los estudios no especifican un rango de edad de su muestra sino la edad media (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018; Schramm et al., 2017, 2019; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012; Wiersma et al., 2014). Se observa una notable disparidad en la edad de los participantes entre los estudios incluidos, con rangos que oscilan entre los 18 y 68 años, lo que podría afectar a la comparabilidad de los resultados. Todos los estudios presentan una muestra con una proporción mayor de mujeres que hombres, superando, en algunos casos, más de un 35% de diferencia entre ambos sexos (Barnhofer et al., 2009; Oehler et al., 2020; Rosso et al., 2013; Schramm et al., 2017; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012). Los participantes de los estudios fueron reclutados a través de centros clínicos (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Markowitz et al., 2005; Michalak et al., 2015; Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018; Rosso et al., 2013; Schramm et al., 2017, 2019; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012; Wiersma et al., 2014) y mediante anuncios en medios de comunicación o redes sociales (Michalak et al., 2015; Oehler et al., 2020). La mayoría de los estudios se realizaron en población alemana (Michalak et al., 2015; Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018; Schramm et al., 2017, 2019), mientras que el resto pertenecía a Países Bajos (Cladder-Micus et al., 2018; Schuling et al., 2020; Wiersma et al., 2014), Reino Unido (Barnhofer et al., 2009; Strauss et al., 2012), Italia (Rosso et al., 2013) y Estados Unidos (Markowitz et al., 2005) (Tabla B2).

## **Evaluación del Rigor Metodológico**

Los resultados del Formulario de Evaluación Metodológica de Estudios de Resultados en Psicoterapia (FEMERP; Öst, 2008) evidencian una variabilidad en el rigor metodológico de los estudios incluidos en esta revisión, con puntuaciones generales que oscilaron entre 11 y 30 (de un total posible de 44 puntos) (Tabla D1). La puntuación media es de 19,8 y la desviación típica de 5,30; indicando una dispersión moderada que demuestra heterogeneidad metodológica apreciable entre estudios (Tabla D1). En conjunto, los once estudios muestran calidad metodológica moderada y heterogénea, con ligera predominancia de puntajes por debajo de la media y pocos estudios en el rango alto.

## **Tipos de Programas de Intervención Psicológica Aplicados**

Atendiendo al tipo de intervención aplicada, todos los estudios elegidos imparten programas de intervención psicológica basados en modelos teóricos. Los estudios analizados emplean once programas de intervención distintos los cuales incluyen *iFightDepression* en un estudio (Oehler et al., 2020), Psicoterapia de Apoyo en un estudio (Schramm et al., 2017, 2019), Psicoterapia de Apoyo Breve y Terapia Interpersonal en un estudio (Markowitz et al., 2005), Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia en cuatro estudios (Michalak et al., 2015; Rief et al., 2018; Schramm et al., 2017, 2019; Wiersma et al., 2014), Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness en cuatro estudios (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Michalak et al., 2015; Strauss et al., 2012), Terapia Breve de Apoyo y Terapia Dinámica Breve en un estudio (Rosso et al., 2013), Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada y Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness en un estudio (Rief et al., 2018) y Vida Compasiva Basada en Mindfulness en un estudio (Schuling et al., 2020) (Tabla B3).

Todos los programas se imparten en modalidad presencial excepto *iFightDepression*, el cual se imparte de manera en línea y telefónica (Oehler et al., 2020). Por otro lado, en cuanto a la formato, todos los programas se imparten en sesiones individuales a excepción de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018), Vida Compasiva Basada en Mindfulness (Schuling et al., 2020), Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Strauss et al., 2012), y Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia (Wiersma et al., 2014), los cuales se imparten en sesiones grupales. Los programas del estudio de Markowitz et al. (2005) son los únicos programas que combinan sesiones individuales y grupales, tanto en la Psicoterapia de Apoyo Breve, como en la Terapia Interpersonal.

La *iFightDepression* es un programa de intervención en formato web de autogestión guiada para abordar trastornos afectivos como el trastorno depresivo persistente, basada en los principios teóricos de la terapia cognitivo-conductual (Oehler et al., 2020). Esta intervención incluye autorregistros, ejercicios de reestructuración cognitiva, planificación de actividades agradables y mejora la capacidad de afrontamiento, con una retroalimentación breve de un terapeuta capacitado acompañado de un psiquiatra (Oehler et al., 2020). La Psicoterapia de Apoyo es descrita en Schramm et al. (2017, 2019) como una terapia no confrontativa, centrada en la validación emocional y apoyo interpersonal, basándose en factores comunes como alianza terapéutica, validación y contención; sin usar técnicas de cambio estructuradas. Estas sesiones individuales se centran en empatía, escucha activa y refuerzo de recursos personales, fomentando la expresión emocional y el afrontamiento cotidiano; para así brindar contención y esperanza que permitan al paciente utilizar sus propios recursos (Schramm et al., 2017). La Psicoterapia de Apoyo Breve es presentada por Markowitz et al. (2005) como una versión acotada y menos estructurada de la Psicoterapia de Apoyo, centrada en reforzar las habilidades de afrontamiento, brindar apoyo emocional y

mejorar el vínculo terapéutico en un proceso terapéutico breve. Las sesiones ofrecen contención emocional, escucha activa y psicoeducación básica (Markowitz et al., 2005). En este mismo estudio, Markowitz et al. (2005) utilizan la Terapia Interpersonal para abordar los problemas interpersonales actuales de los pacientes que actúan como detonantes de la sintomatología depresiva; centrándose en mejorar las habilidades sociales y de comunicación, reforzar roles y procesar duelos pendientes. En estas sesiones el terapeuta ayuda al paciente a identificar patrones relacionales problemáticos y desarrollar habilidades de resolución de conflictos (Markowitz et al., 2005). En cinco estudios se interviene con el Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia, una intervención psicológica diseñada específicamente para el tratamiento del trastorno depresivo persistente (Michalak et al., 2015; Rief et al., 2018; Schramm et al., 2017, 2019; Wiersma et al., 2014). Este programa integra principios de terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y aprendizaje social, poniendo en práctica el romper patrones interpersonales disfuncionales mediante análisis de situaciones, entrenamiento en habilidades sociales, y confrontación disciplinada (Michalak et al., 2015; Rief et al., 2018; Schramm et al., 2017, 2019; Wiersma et al., 2014). La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness se utiliza en los estudios de Barnhofer et al. (2009), Cladder-Micus et al. (2018), Michalak et al. (2015) y Strauss et al. (2012) para cultivar la conciencia del momento presente y la aceptación de pensamiento y emociones sin juicio, para así reducir la rumiación y la reactividad emocional. Las sesiones de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness se imparten en grupos e incluyen meditaciones formales, ejercicios de conciencia y discusiones grupales (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Michalak et al., 2015; Strauss et al., 2012). En el estudio de Rosso et al. (2013) se utiliza la Terapia Breve de Apoyo, la cual se basa en el modelo psicodinámico breve centrado en el apoyo emocional, como intervención de apoyo enfatizada en la expresión emocional, validación y fortalecimiento del self. Estas sesiones individuales se imparten con el objetivo

de contención emocional y fortalecimiento del vínculo terapéutico (Rosse et al., 2013). En el mismo estudio de Rosso et al. (2013) se utiliza en otro grupo la Terapia Dinámica Breve, la cual se focaliza en conflictos inconscientes, relaciones tempranas y patrones repetitivos del paciente que mantienen la sintomatología depresiva. Las sesiones se centran en conflictos emocionales concretos, interviniendo sobre sus mecanismos de defensa, transferencia y autoconsciencia (Rosse et al., 2013). La Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada, utilizada por Rief et al. (2018) es una adaptación de la Terapia Cognitivo-Conductual que integra actividad física con el objetivo de mejorar síntomas depresivos y anhedonia. Esta intervención busca combatir la falta de motivación y energía mediante un plan de entrenamiento progresivo combinado con reestructuración cognitiva (Rief et al., 2018). En el mismo estudio, Rief et al. (2018) utilizan la Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness para mejorar la conciencia, regulación emocional y romper la identificación automática con pensamientos negativos. Estas sesiones combinan reestructuración cognitiva, activación conductual y técnicas de mindfulness como respiración consciente y aceptación (Rief et al., 2018). La práctica de Vida Compasiva Basada en Mindfulness, aplicada en el estudio de Schuling et al. (2020), combina la terapia de compasión y el mindfulness en programas grupales enfocados en cultivar compasión hacia uno mismo y los demás para contrarrestar la autocrítica. Las sesiones incluyen meditaciones, ejercicios y prácticas guiadas para evocar pensamientos compasivos; siendo complementarios a un entrenamiento previo en técnicas de Mindfulness (Schuling et al., 2020) (Tabla B3). Los detalles en cuanto a la organización de las sesiones y el formato de intervención se encuentran en la tabla B4.

El rango de duración de los estudios analizados oscila entre las seis y cincuenta y dos semanas. En la mayoría de los estudios, los programas tienen una duración de ocho semanas (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Michalak et al., 2015), dieciséis semanas (Markowitz et al., 2005; Rief et al., 2018; Schuling et al., 2020) y cuarenta y ocho semanas

(Schramm et al., 2017, 2019) (Tabla B3). Un estudio dura sei semanas (Oehler et al., 2020), otro doce semanas (Strauss et al., 2012), otro veinticuatro semanas (Rosso et al., 2013) y otro cincuenta y dos semanas (Wiersma et al., 2014) (Tabla B3).

El rango de número de intervenciones de los programas varía entre dos y treinta y dos sesiones, y duran entre diez minutos y dos horas y media. El programa de intervención psicológica aplicado en el estudio de Michalak et al. (2015) incluye entre una y dos sesiones individuales de una hora de duración, y ocho sesiones grupales de dos horas y media cada una. El programa de intervención del estudio de Oehler et al. (2020) incluye seis sesiones individuales presenciales de una hora o cinco llamadas de diez a quince minutos de duración cada una. Los programas aplicados en los estudios de Barnhofer et al. (2009), Cladder-Miccus et al. (2018) y Schuling et al. (2020) incluyen ocho sesiones grupales de dos horas y media cada una. El programa de intervención del estudio de Markowitz et al. (2005) imparte entre diez y dieciocho sesiones individuales de entre veinte minutos y una hora. El programa aplicado en el estudio de Strauss et al. (2012) imparte doce sesiones grupales de un hora y media de duración. Por otro lado, en el programa aplicado por Rosso et al. (2013) en su estudio, los sujetos cuentan con quince a treinta sesiones individuales, pero no se especifica la duración de estas. En el programa del estudio de Rief et al. (2018) se imparten dieciséis sesiones de cincuenta minutos, de manera individual. En su estudio, Wiersma et al. (2014) proponen un programa de intervención en veintiséis sesiones individuales de cuarenta y cinco minutos. Por último, en el programa estudiado en Schramm et al. (2017, 2019), se proponen treinta y dos sesiones individuales, pero no especifica la duración aproximada de cada sesión.

Los profesionales que imparten los programas de intervención son en su mayoría psicólogos (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Markowitz et al., 2005; Michalak et al., 2015; Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018; Rosso et al., 2013; Schramm et

al., 2017, 2019; Strauss et al., 2012; Wiersma et al., 2014). También participan farmacéuticos (Markowitz et al., 2005), psiquiatras (Oehler et al., 2020) y docentes (Schuling et al., 2020) (Tabla B3).

### **Impacto de las intervenciones**

Al analizar el impacto de las distintas intervenciones podemos observar que, los estudios analizados que evalúan la sintomatología depresiva al final de las intervenciones e incluso meses después de la aplicación del tratamiento, encuentran una disminución de la sintomatología depresiva en los participantes respecto a la sintomatología inicial utilizando los programas Psicoterapia de Apoyo, Psicoterapia de Apoyo Breve, Relajación Muscular Progresiva, Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia, Terapia Breve de Apoyo, Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada, Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, Terapia Cognitiva Basada en Problemas, Terapia Dinámica Breve, Terapia Interpersonal, Vida Compasiva Basada en Mindfulness (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Markowitz et al., 2005; Michalak et al., 2015; Oehler et al., 2020; Rief et al., 2018; Rosso et al., 2013; Schramm et al., 2017, 2019; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012; Wiersma et al., 2014). En el caso de estudios que realizan evaluación de seguimiento tras la intervención, estos encuentran que en su mayoría, se mantienen las mejorías en la sintomatología depresiva. En el estudio de Oehler et al. (2020), los programas de Relajación Muscular Progresiva y *iFightDepression* evidencian que se mantienen las mejorías tanto a los tres y seis meses y un año tras el fin de la intervención del grupo experimental. Los cambios a los tres meses y un año presentan significación estadística, mientras que los cambios a los seis meses no (Oehler et al., 2020). El estudio de Rosso et al. (2013), que utiliza la Terapia Dinámica Breve y la Terapia Breve de Apoyo como intervenciones de los grupos experimentales, muestra que las mejorías obtenidas se mantienen a lo largo del tiempo, observándose efectos estadísticamente

significativos a los seis meses tras la finalización de la intervención. El estudio de Schramm et al. (2017, 2019) muestra igualmente el mantenimiento de la mejoría a lo largo del tiempo, observándose efectos estadísticamente significativos a las cuarenta y ocho semanas, así como al año y a los dos años tras la intervención con los programas de Psicoterapia de Apoyo y Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia (Tablas 1).

En cuanto a la magnitud de los efectos pre-post en cada estudio, los resultados muestran una variabilidad considerable entre intervenciones y condiciones de comparación. Barnhofer et al. (2009) encuentran que el tratamiento habitual presenta un tamaño del efecto pequeño ( $d = -0,23$ ), mientras que la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness alcanza un efecto muy grande ( $d = -1,22$ ). En Cladder-Micus et al. (2018), el tratamiento habitual muestra de nuevo un efecto pequeño ( $d = -0,19$ ), y la combinación Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness y tratamiento habitual un efecto mediano ( $d = -0,48$ ). Markowitz et al. (2005) reportan efectos grandes para la Terapia Interpersonal ( $d = -1,07$ ) y para la Psicoterapia de Apoyo Breve ( $d = -1,39$ ), un efecto muy grande para la combinación de Terapia Interpersonal y sertralina ( $d = -1,78$ ), y el efecto más elevado del estudio para la sertralina como monoterapia ( $d = -2,71$ ). Michalak et al. (2015) observan un efecto mediano para el tratamiento habitual ( $d = -0,43$ ), grande para la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness ( $d = -0,82$ ) y muy grande para el Sistema de Análisis Cognitivo- Conductual de la Psicoterapia ( $d = -1,51$ ). En Oehler et al. (2020), tanto la Relajación Muscular Progresiva ( $d = -0,55$ ) como la intervención en línea *iFightDepression* ( $d = -0,75$ ) muestran efectos medianos. Rief et al. (2018) obtienen un efecto pequeño para la lista de espera ( $d = -0,39$ ), grande para el Sistema de Análisis Cognitivo- Conductual de la Psicoterapia ( $d = -1,21$ ) y muy grandes para la Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada ( $d = -1,42$ ) y para la Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness ( $d = -1,46$ ). Destaca especialmente Rosso et al. (2013), cuyos valores para la Terapia Dinámica Breve ( $d = -5,06$ ) y la Terapia Breve de Apoyo ( $d = -5,18$ )

superan ampliamente los umbrales convencionales, lo que aconseja interpretar estos datos con cautela dado que tamaños del efecto de esta magnitud son inusuales en la literatura clínica y podrían reflejar limitaciones metodológicas del estudio, como el tamaño muestral reducido (Cohen, 1988). En Schramm et al. (2017, 2019), el Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia presenta un efecto grande ( $d = -0,92$ ) y la Psicoterapia de Apoyo un efecto mediano ( $d = -0,71$ ). Schuling et al. (2020) reportan efectos no significativos para el tratamiento habitual ( $d = -0,01$ ) y medianos para la Vida Compasiva Basada en Mindfulness ( $d = -0,39$ ). Strauss et al. (2012) observan un efecto positivo en el tratamiento habitual ( $d = 0,31$ ), indicativo de leve empeoramiento en sentido sintomático, frente a un efecto muy grande para la combinación Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness y tratamiento habitual ( $d = -1,28$ ). Por último, Wiersma et al. (2014) encuentran efectos muy grandes tanto para el Sistema de Análisis Cognitivo- Conductual de la Psicoterapia combinado con farmacoterapia ( $d = -1,67$ ) como para el tratamiento habitual combinado con farmacoterapia ( $d = -1,11$ ), lo que sugiere que la adición de tratamiento farmacológico pudo haber contribuido de manera sustancial a la magnitud de los cambios observados (Tabla 2). Los resultados obtenidos tras este análisis indican que las intervenciones psicológicas estudiadas en esta revisión sistemática presentan tamaños del efecto considerablemente superiores en comparación con las condiciones de lista de espera y tratamiento habitual. Estos hallazgos constituyen evidencia de la eficacia de las intervenciones psicológicas incluidas en esta revisión, en tanto que demuestran que producen mejoras significativamente mayores que la ausencia de tratamiento y que las intervenciones habituales en estos estudios.

El programa que muestra mayor efecto en la reducción de la sintomatología depresiva en comparación con el resto de intervenciones incluidas es el de Rosso et al. (2013) que utiliza la Terapia Breve de Apoyo como tratamiento del grupo experimental (Tabla 2). Este programa se asocia a una mejora significativa de los síntomas depresivos tras la intervención,

con efectos de mayor magnitud en relación con otros estudios analizados. Incluso, en el seguimiento a los seis meses del cese de la intervención, se observan efectos significativos. El programa de Schuling et al. (2020), basado en Vida Compasiva Basada en Mindfulness como técnica de intervención en el grupo experimental, presenta el menor tamaño del efecto en la reducción de la sintomatología depresiva entre los estudios incluidos (Tabla 2). Los resultados de este programa muestran cambios de menor magnitud en comparación con el resto de programas analizados. Estas diferencias deben interpretarse teniendo en cuenta la variabilidad entre estudios en cuanto a las medidas de resultado, duración de la intervención y características de la muestra.

Tabla 1

*Resultados de las Intervenciones Sobre la Sintomatología Depresiva*

Estudio	Duración	Programa*	Evaluación del resultado pre-post intervención**	Evaluación del resultado en el seguimiento por meses***				
				3 meses	6 meses	48 semanas	1 año	2 años
Markowitz et al. (2005)	16 semanas	TI-D	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		Sertralina	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		PAB	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		TI-D + Sert.	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
Michalak et al. (2015)	8 semanas	TH	Mejora no significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		TCBM	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		SACC-P	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
Rosso et al. (2013)	6 meses	TDB	Mejora significativa	ND	<b>MM</b>	ND	ND	ND
		TBA	Mejora significativa	ND	<b>MM</b>	ND	ND	ND
Rief et al. (2018)	16 semanas	LE	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		SACC-P	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		TCC-E	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		TCC-M	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
Schramm et al. (2017, 2019)	48 semanas	SACC-P	Mejora significativa	ND	ND	<b>MM</b>	<b>MM</b>	<b>MM</b>
		PA	Mejora significativa	ND	ND	<b>MM</b>	ND	ND
Oehler et al.	6 semanas	RMP	Mejora significativa	<b>MM</b>	<b>MM</b>	ND	<b>NMM</b>	ND

(2020)		<i>iFightDepression</i>	Mejora significativa	<b>MM</b>	<b>MM</b>	ND	<b>MM</b>	ND
Strauss et al. (2012)	12 semanas	TH	Sin cambios significativos	ND	ND	ND	ND	ND
		TCBM + TH	Mejora no significativa	ND	ND	ND	ND	ND
Barnhofer et al. (2009)	8 semanas	TH	Mejora no significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		TCMB	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
Cladder-Micus et al. (2018)	8 semanas	TH	Mejora no significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		TCBM + TH	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
Schuling et al. (2020)	16 semanas	TH	Mejora no significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		VCBM	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
Wiersma et al. (2014)	52 semanas	SACC-P + fárm.	Mejora significativa	ND	ND	ND	ND	ND
		TH + fármaco	Mejora no significativa	ND	ND	ND	ND	ND

#### Notas

\* LE: Lista de Espera; PA: Psicoterapia de Apoyo; PAB: Psicoterapia de Apoyo Breve; RMP: Relajación Muscular Progresiva; SACC-P: Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia; TBA: Terapia Breve de Apoyo; TCC-E: Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada; TCC-M: Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness; TCBM: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; TDB: Terapia Dinámica Breve; TH: Tratamiento Habitual; TI-D: Terapia Interpersonal; VCBM: Vida Compasiva Basada en Mindfulness.

\*\* Se considera *mejora significativa* cuando se observa una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva ( $p < 0,05$ ). La categoría *mejora no significativa* indica una reducción sin alcanzar significación estadística ( $p \geq 0,05$ ), mientras que *sin cambios significativos* refleja la ausencia de diferencias significativas entre las medidas pre y post intervención ( $p \geq 0,05$ ).

\*\*\* MM: mantiene mejora; NMM: no mantiene mejora; ND: no hay datos disponibles. Se considera que mantiene la mejora si hay igual o menor sintomatología respecto a la medida postratamiento. Se considera que no mantiene mejora cuando hay un incremento de la sintomatología respecto al postratamiento, aunque inferior a los niveles pretratamiento.

Tabla 2

*Resultados de la intervención*

Estudio	Medida*	Grupo**	n pre	$\bar{X}$ Pre ± SD	n post	$\bar{X}$ Post ± SD	$\Delta^a$ post-pre	$S_p$	p	d de Cohen	g de Hedges	Efecto (+ / -) <sup>c</sup>	Magnitud	Dirección del efecto
Markowitz et al. (2005)	EEDH-24	TI-D	23	18,9 ± 6	22	12,5 ± 5,9	-6,40	2,44	0,0006	-1,07	-1,05	+	Muy grande	Mejora
		Sertralina	24	17,8 ± 3,5	23	8,3 ± 5,4	-9,50	2,10	0,0001	-2,71	-2,67	+	Muy grande	Mejora
		PAB	26	19,7 ± 4,4	19	13,6 ± 7,3	-6,10	2,37	0,0002	-1,39	-1,36	+	Muy grande	Mejora
		TI-D + Sert.	21	19,7 ± 5,5	19	9,9 ± 6,3	-9,80	2,42	0,0001	-1,78	-1,75	+	Muy grande	Mejora
Michalak et al. (2015)	EEDH-24	TH	35	23,87 ± 6,33	32	21,16 ± 8,16	-2,71	2,68	0,6	-0,43	-0,42	+	Mediano	Mejora
		TCBM	36	23,03 ± 6,27	26	17,86 ± 10,37	-5,17	2,82	0,04	-0,82	-0,81	+	Muy grande	Mejora
		SACC-P	35	24,71 ± 6,69	28	14,64 ± 8,85	-10,07	2,77	0,01	-1,51	-1,49	+	Muy grande	Mejora
Rosso et al. (2013)	EEDH-17	TDB	21	16,67 ± 1,73	19	8 ± 3,05	-8,76	1,53	0,008	-5,06	-4,96	+	Muy grande	Mejora
		TBA	23	16,91 ± 1,2	19	10,7 ± 5,46	-6,21	1,77	0,002	-5,18	-5,08	+	Muy grande	Mejora
Rief et al. (2018)	IDB-II	LE	42	26,93 ± 9,2	37	23,38 ± 10,78	-3,55	3,15	0,03	-0,39	-0,38	+	Mediano	Mejora
		SACC-P	43	27,28 ± 7,91	37	17,68 ± 10,63	-9,60	3,03	0,009	-1,21	-1,20	+	Muy grande	Mejora
		TCC-E	45	27,87 ± 9,64	35	14,2 ± 11,46	-13,67	3,23	0,001	-1,42	-1,40	+	Muy grande	Mejora
		TCC-M	43	27,98 ± 8,94	38	14,97 ± 10,7	-13,01	3,12	0,001	-1,46	-1,44	+	Muy grande	Mejora
Schramm et al. (2017)	EEDH-24	SACC-P	137	24,3 ± 7,75	120	17,19 ± 10,01	-7,11	2,97	0,003	-0,92	-0,91	+	Muy grande	Mejora
		PA	131	25,07 ± 6,59	110	20,39 ± 9,65	-4,68	2,83	0,02	-0,71	-0,71	+	Grande	Mejora
Oehler et al. (2020)	ICD-AR	RMP	174	27,9 ± 8,8	144	23,1 ± 10,3	-4,80	3,08	0,04	-0,55	-0,54	+	Grande	Mejora

		<i>iFightDepression</i>	173	27,5 ± 8,9	148	20,8 ± 9,4	-6,70	3,02	0,01	-0,75	-0,75	+	Grande	Mejora
Strauss et al. (2012)	IDB-II	TH	14	40,48 ± 8,71	14	43,19 ± 8,58	2,71	2,94	0,01	0,31	0,30	-	Mediano	Empeora
		TCBM + TH	14	37,74 ± 7,66	14	27,93 ± 7,62	-9,81	2,76	0,08	-1,28	-1,24	+	Muy grande	Mejora
Barnhofer et al. (2009)	IDB-II	TH	15	31,21 ± 10,79	14	28,86 ± 12,97	-2,46	3,44	0,38	-0,23	-0,22	+	Mediano	Mejora
		TCMB	16	29,36 ± 9,66	14	17,62 ± 10,94	-11,74	3,20	0,02	-1,22	-1,18	+	Muy grande	Mejora
Cladder-Micus et al. (2018)	ICD-AR	TH	57	42,21 ± 9,12	51	40,52 ± 11,83	-1,69	3,22	0,09	-0,19	-0,18	+	Pequeño	Mejora
		TCBM + TH	43	39,83 ± 9,59	39	35,27 ± 12,66	-4,56	3,32	0,04	-0,48	-0,47	+	Mediano	Mejora
Schuling et al. (2020)	IDB-II	TH	61	15,8 ± 11,18	55	15,68 ± 11,64	-0,12	3,38	0,137	-0,01	-0,01	+	Pequeño	Mejora
		VCBM	61	17,79 ± 10,42	58	13,77 ± 10,63	-4,02	3,24	0,047	-0,39	-0,38	+	Mediano	Mejora
Wiersma et al. (2014)	ICD-AR	SACC-P + fárm.	67	40,8 ± 10	51	24,1 ± 14,1	-16,70	3,43	0,001	-1,67	-1,66	+	Muy grande	Mejora
		TH + fármaco	72	43,8 ± 10,6	53	32 ± 14,5	-11,80	3,50	0,067	-1,11	-1,11	+	Muy grande	Mejora

#### Notas

\* EEDH-17: Escala de Depresión de Hamilton – 17 ítems; EEDH-24: Escala de Depresión de Hamilton – 24 ítems; ICD-AR: Inventario de Sintomatología Depresiva – Autoinforme; IDB-II: Inventario de Depresión de Beck.

\*\*LE: Lista de Espera; PAB: Psicoterapia de Apoyo Breve; PA: Psicoterapia de Apoyo; RMP: Relajación Muscular Progresiva; SACC-P: Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia; TBA: Terapia Breve de Apoyo; TCC-E: Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada; TCC-M: Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness; TCBM: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; TDB: Terapia Dinámica Breve; TH: Tratamiento Habitual; TI-D: Terapia Interpersonal; VCBM: Vida Compasiva Basada en Mindfulness.

n = tamaño de muestra /  $\Delta^a$  = Diferencia pre-post / SD = desviación estándar /  $S_p$  = desviación estándar combinada

<sup>e</sup> = Un efecto positivo indica que la sintomatología depresiva ha disminuido tras la aplicación del programa. Un resultado negativo indica que la sintomatología depresiva ha aumentado tras la aplicación del programa.

## Discusión

En la presente revisión se propuso abordar la eficacia de los programas de intervención psicológica en adultos diagnosticados con trastorno depresivo persistente. En general, los resultados obtenidos, y dando respuesta al objetivo principal planteado, sugieren que las intervenciones psicológicas incluidas en esta revisión sistemática muestran eficacia para la reducción de la sintomatología depresiva en adultos con trastorno depresivo persistente en los estudios analizados. No obstante, la eficacia observada varía entre los distintos enfoques terapéuticos, tanto en la magnitud del tamaño del efecto como en el mantenimiento de las mejorías a lo largo del tiempo. De igual manera, la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos en esta revisión dificulta la comparación directa entre intervenciones y la extracción de conclusiones definitivas sobre la superioridad de un abordaje específico.

Las intervenciones incluidas en la presente revisión pueden agruparse en distintas familias terapéuticas como intervenciones de apoyo (Psicoterapia de Apoyo, Psicoterapia de Apoyo Breve, Terapia Breve de Apoyo), intervenciones cognitivo-conductuales (Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia, Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada, Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness), intervenciones basadas en mindfulness y compasión (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, Vida Compasiva Basada en Mindfulness), intervenciones psicodinámicas (Terapia Dinámica Breve) e intervenciones interpersonales (Terapia Interpersonal para la depresión). Las intervenciones cognitivo-conductuales y estructuradas son las más investigadas dentro de la literatura analizada, especialmente el Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia. En conjunto, este tipo de intervenciones muestra tamaños del efecto predominantemente grandes o muy grandes ( $d = -0,92$  a  $d = -1,67$ ), así como resultados más consistentes entre estudios (Michalak et al., 2015; Rief et al., 2018; Schramm et al., 2017, 2019; Wiersma et al., 2014).

De forma similar, las intervenciones cognitivo-conductuales adaptadas o combinadas con componentes de mindfulness también presentan efectos elevados en la reducción de la sintomatología depresiva (Rief et al., 2018). Por otro lado, las intervenciones basadas en mindfulness y compasión muestran una mayor variabilidad en sus resultados, observándose tamaños del efecto que oscilaron entre medianos y grandes dependiendo del estudio y del formato de intervención empleado (Barnhofer et al., 2009; Cladder-Micus et al., 2018; Michalak et al., 2015; Schuling et al., 2020; Strauss et al., 2012). Del mismo modo, las intervenciones de apoyo e interpersonales presentan resultados favorables, con tamaños del efecto generalmente medianos o grandes, aunque con un menor número de estudios disponibles (Markowitz et al., 2005, Rosso et al., 2013, Schramm et al., 2017, 2019).

Igualmente, la terapia dinámica breve, de la familia de intervención psicodinámicas, muestra resultados positivos en la disminución de la sintomatología depresiva, con un tamaño del efecto muy grande (Rosso et al., 2013). Estos hallazgos son consistentes con revisiones sistemáticas previas y metaanálisis realizados tanto en trastorno depresivo persistente como en depresión en general, los cuales señalan que las intervenciones psicológicas estructuradas, especialmente las cognitivo-conductuales, suelen asociarse a mayores reducciones de la sintomatología depresiva en comparación con tratamientos habituales o condiciones control (Cuijpers et al., 2010; Negt et al., 2016; Schramm et al., 2020). Es importante señalar que los resultados deben ser interpretados con cautela debido a la elevada heterogeneidad metodológica entre los estudios analizados, incluyendo diferencias en las medidas de resultado, duración de las intervenciones, condiciones de comparación y combinación con pautas farmacológicas. En este sentido, aunque la evidencia disponible sugiere una mayor consistencia en las intervenciones estructuradas y específicamente adaptadas al trastorno depresivo persistente, no es posible establecer conclusiones definitivas sobre la superioridad de un enfoque terapéutico concreto.

Adicionalmente, se estudió la diferencia en los resultados en población medicada y no medicada. A pesar de que existen estudios como el de Schatzberg et al. (2005) y el de Berger et al, (2011) que demuestran que el tratamiento exclusivo con el Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia es eficaz al abordar el trastorno depresivo persistente por sí mismo, sin necesidad de medicación, en esta revisión se ha encontrado que en general, los programas de intervención que combinan la intervención psicológica con pautas farmacológicas muestran eficacia en los resultados al final del tratamiento. El estudio de Markowitz et al. (2005) muestra resultados favorables en sus cuatro grupos con intervenciones experimentales, resaltando un mayor efecto al emplear el tratamiento farmacológico con antidepresivos en comparación con psicoterapia sola o combinada. Por otro lado, el estudio de Wiersma et al. (2014) indica que, en pacientes con pauta farmacológica con sertralina, el Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia es más eficaz que la Terapia Cognitiva-Conductual. Aunque, por otro lado, el estudio de Cladder-Micus et al. (2018) evidencia que en pacientes con pauta farmacológica de antidepresivos la intervención con Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness es más eficaz en la disminución de la sintomatología depresiva que solo empleando medicación. Incluso, el estudio de Barnhofer et al. (2009) señaló que la mayoría de los pacientes que recibieron intervenciones con Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness disminuyeron sus dosis habituales de antidepresivos tras la intervención.

Por otro lado, aunque varios estudios resaltan la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento del trastorno depresivo persistente, Oehler et al. (2020) proponen el uso de intervenciones basadas en web como opción alternativa al tratamiento farmacológico o a la terapia presencial, por su rentabilidad. Los resultados obtenidos por Oehler et al. (2020) respecto a la utilidad de la intervención en línea con *iFightDepression* coinciden con revisiones sistemáticas y metaanálisis previos que destacan el potencial de las intervenciones

psicológicas en línea para la depresión como alternativas accesibles y potencialmente coste-efectivas (Karyotaki et al., 2017; Kolovos et al., 2018; Paganini et al., 2018). Además, señalan que este tipo de intervenciones podrían contribuir a reducir barreras de acceso al tratamiento psicológico, optimizar recursos sanitarios y ampliar la cobertura asistencial (Kolovos et al., 2018).

Abordando otro de los objetivos planteados, cabe destacar algunas de las características específicas y variables que parecen influir en la eficacia de los programas. La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness demuestra eficacia para la disminución de la sintomatología depresiva y muestra beneficios adicionales en la calidad de vida de los pacientes, en su autocompasión y capacidad de atención plena y consciente, y disminuye la rumiación (Cladder-Micus et al., 2018). Sin embargo, Berger et al. (2011), Michalak et al. (2015) y McCullough (2003) señalan que el Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia muestra mejores resultados que la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness porque tiene un enfoque más activo, interpersonal y centrado en la resolución de problemas. Cabe destacar que, aunque el Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia está diseñado específicamente para el tratamiento del trastorno depresivo persistente, según la revisión sistemática realizada otras intervenciones han tenido mejores resultados en la disminución de la sintomatología depresiva, y autores como Rief et al. (2018) señalan que esto se debe a que las intervenciones cognitivo-conductuales tienen una ventaja frente a esta, que es la activación conductual. Tanto el estudio de Rief et al. (2018) como el de Collado et al. (2016) encontraron que la activación conductual, característica fundamental de las intervenciones específicas basadas en terapia cognitivo-conductual –ya sean enfocadas en ejercicio físico o en mindfulness–, no solo mejora el estado de ánimo, sino que también aumenta la motivación y reduce el aislamiento social; suponiendo una ventaja frente a otras

intervenciones de corte menos directivo, centradas principalmente en procesos cognitivos o experienciales, no conductuales.

De acuerdo con los resultados obtenidos, y de conformidad con las sugerencias de Schramm et al. (2017) es importante señalar que la intervención psicológica en pacientes con trastorno depresivo persistente se ve favorecida cuando las intervenciones cuentan con una estructura clara y específica. En estudios como los de Öst et al.(2013) y Swan y Hull (2017), los autores opinan que esto se debe a que al tratarse de un trastorno que se cronifica en el tiempo y con sintomatología y malestar difuso que tiende a normalizarse, es necesario operativizar los problemas a nivel conductual para facilitar la activación conductual y promover experiencias de autoeficacia; por esto, son especialmente útiles las intervenciones claras, directivas y sistemáticas. Además, por la tendencia a la cronificación, autores como Schuling et al. (2020) y Strauss et al. (2012) en sus conclusiones sugieren realizar estudios longitudinales que exploren la evolución temporal de los efectos de las intervenciones psicológicas en el trastorno depresivo persistente; además de profundizar en los mecanismos de cambio detrás de la disminución de la sintomatología depresiva.

En esta revisión sistemática, únicamente tres estudios realizan seguimiento de los participantes tras el cese de la intervención. En general, los estudios que incluyeron medidas de seguimiento encuentran que las mejoras obtenidas se mantienen tras la intervención, a excepción de la mejora por uso de la Relajación Muscular Progresiva, la cual va disminuyendo su efecto en el tiempo. El uso de intervenciones psicológicas como la Terapia Dinámica Breve, Terapia Breve de Apoyo, Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia y *iFightDepression* muestran que las mejorías se mantienen en el tiempo, tanto durante los primeros meses (Oehler et al, 2020; Rosso et al., 2013) como después de uno y dos años (Schramm et al., 2017, 2019). Aunque estas intervenciones presentan diferencias teóricas y metodológicas, comparten componentes relacionados con una participación activa

del paciente, el desarrollo de estrategias de afrontamiento transferibles al contexto cotidiano y el abordaje de patrones persistentes de funcionamiento, aspectos que podrían favorecer la estabilidad de los cambios terapéuticos a lo largo del tiempo. Incluso, algunos autores sugieren que en trastornos de curso crónico como el trastorno depresivo persistente, la estabilidad de los cambios terapéuticos puede resultar tan relevante como la reducción inicial de síntomas (Shapiro et al., 1995; Tase, 2006), por lo que no solo resulta relevante la reducción inmediata de la sintomatología, sino también la capacidad de las intervenciones para mantener dichos cambios terapéuticos a lo largo del tiempo.

La presente revisión ofrece importantes implicaciones a considerar a la hora de abordar la intervención psicológica en adultos con trastorno depresivo persistente. En gran parte de los estudios incluidos en esta revisión, los autores sugieren que la evidencia sobre la intervención psicológica en el abordaje de este trastorno es limitada (Markowitz et al., 2005; Michalak et al., 2015; Rief et al., 2018; Schramm et al., 2017, 2019). Si bien la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos en esta revisión limita la extracción de conclusiones definitivas, algunos estudios sugieren la posible relevancia de determinados componentes terapéuticos compartidos entre las intervenciones con mejores resultados, especialmente relacionados con una orientación más estructurada y activa del tratamiento (Cuijpers et al., 2010; McCullough, 2003; Schramm et al., 2017, 2019). Por esto, es fundamental que al elegir intervenciones no sólo consideremos las variables de resultado, sino también variables metodológicas, estructurales, de contenido y de proceso terapéutico, ya que estas nos permiten identificar qué componentes específicos de los programas contribuyen realmente a su eficacia y bajo qué condiciones se optimizan los efectos de la intervención (Kazdin, 2007; Wampold y Imel, 2015).

Conviene destacar algunas limitaciones que se presentaron a la hora de realizar la presente revisión. En primer lugar, una de las principales limitaciones fue la dificultad para

identificar estudios que cumplieran estrictamente con los criterios de elegibilidad establecidos, debido, en parte, a las diferentes etiquetas diagnósticas utilizadas para referirse al actual trastorno depresivo persistente. Asimismo, el reducido número de estudios finalmente incluidos podría explicarse por los criterios de inclusión establecidos. Como consecuencia, numerosos estudios fueron excluidos por emplear intervenciones sin una base teórica explícita o por incluir muestras heterogéneas con distintos trastornos afectivos o psiquiátricos. Además, el tamaño de las muestras de los estudios es muy variable, lo cual pudo influir al analizar y comparar el tamaño del efecto de cada intervención. Incluso, en varios estudios la severidad de la sintomatología se evalúa a través de autorregistros y medidas de autoinforme, por lo que los resultados podrían estar sesgados por la vivencia subjetiva de cada sujeto. Por otra parte, la mayoría de los estudios únicamente presentan medidas pre y post intervención. Dado que la duración de la intervención varía entre los distintos estudios, la comparación del tamaño del efecto en esta temporalidad resulta limitada y poco generalizable. Asimismo, al analizar el tamaño del efecto, los valores se mostraron muy altos. Cohen (1988) señala que tamaños del efecto excepcionalmente elevados pueden estar condicionados por determinadas características metodológicas de los estudios. En este sentido, en la presente revisión sistemática se identificaron en varios estudios tamaños muestrales reducidos, elevadas diferencias entre las medidas pre y post intervención y una baja variabilidad intragrupo, aspectos que podrían haber influido en la magnitud de los efectos observados. Asimismo, al evaluar la calidad metodológica de los estudios seleccionados para la presente revisión, los artículos se clasificaron en malos y regulares, indicando un alto riesgo de sesgo, posibles deficiencias metodológicas, baja calidad de evidencia y limitaciones en su validez. Por esto, la calidad metodológica encontrada podría explicar los tamaños del efecto tan grandes encontrados tras el análisis de éstos.

En relación con la variabilidad observada en los tamaños del efecto, se identificaron diferencias relevantes entre los programas de intervención incluidos. Estas diferencias podrían estar relacionadas con el tipo de intervención y los objetivos terapéuticos de cada enfoque. No obstante, también deben considerarse otros factores, como la variabilidad en las medidas de resultado empleadas, la duración de las intervenciones y las características de las muestras, lo que limita la posibilidad de establecer conclusiones definitivas.

Las limitaciones que se presentaron en la realización de este estudio son de suma importancia para poder comprender el alcance y la generalización de los resultados que se obtuvieron. Pese a la existencia de literatura científica significativa sobre la temática, no existen suficientes estudios exhaustivos y de gran escala que permitan extraer conclusiones que sean generalizables, lo que limita la comprensión sobre la eficacia de los programas de intervención psicológica en esta población específica. Esto no solo dificulta la generalización de los resultados sino también la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia en el entorno clínico y sanitario.

En definitiva, a pesar de que los estudios incluidos en esta revisión ofrecen información significativa sobre la intervención en el trastorno depresivo persistente, es necesario seguir investigando. Como líneas de investigación futuras se propone continuar estudiando la eficacia de los programas existentes de intervención en esta población de manera longitudinal –debido a su carácter crónico–; estudiando los mecanismos de cambio de la mejora sintomática y la aplicabilidad de estas intervenciones en diferentes contextos clínicos y sanitarios.

## **Conclusiones**

El estudio de la literatura científica disponible sobre la intervención psicológica para adultos con trastorno depresivo persistente, la examinación de la eficacia de los diversos programas y

el análisis de los resultados recopilados permiten concluir que de acuerdo con los estudios incluidos en esta revisión, los programas analizados resultan eficaces para reducir la sintomatología depresiva; las intervenciones más eficaces son aquellas con mayor estructuración y mayor nivel de directividad, con un enfoque multidimensional más allá del síntoma y que promueven la movilización del paciente a través de la activación conductual. Además, de acuerdo con la evidencia de los programas incluidos en esta revisión, son más eficaces los programas que combinan el tratamiento farmacológico e intervenciones psicológicas que aquellos que son intervenciones monoterapéuticas con fármacos o intervenciones psicológicas únicamente. Sin embargo, no existe suficiente evidencia para determinar un programa como el más eficaz. Es imprescindible continuar investigando sobre intervenciones psicológicas que den cuenta de las especificidades, tanto sintomatológicas como de la afectación integral de los pacientes y así, poder contribuir a la recopilación de datos que mejoren la evidencia disponible, para poder desarrollar programas de intervención más específicos y adaptados a las necesidades de los pacientes con trastorno depresivo persistente para mejorar su calidad de vida y funcionamiento.

### Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev. text). American Psychiatric Publishing.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5° ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366–373.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.019>
- Berger, M., Brakemeier, E.-L., & Schramm, E. (2011). CS05-04 - Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *European Psychiatry*, 26(S2), 1785–1785. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)73489-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73489-7)
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E. M., Vrijisen, J. N., T. Donders, A. R., Becker, E. S., & Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 35(10), 914–924. <https://doi.org/10.1002/da.22788>
- Collado, A., Calderón, M., MacPherson, L., & Lejuez, C. (2016). The Efficacy of Behavioral Activation Treatment Among Depressed Spanish-Speaking Latinos. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(7), 651–657.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000103>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.003>

- Eurostat. (2021). European Health Interview Survey (EHIS): Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level. European Commission. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_EHIS\\_CD1E](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_CD1E)
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Avalia-t. [https://doi.org/10.46995/gpc\\_534](https://doi.org/10.46995/gpc_534)
- IsHak, W. W., Balayan, K., Bresee, C., Greenberg, J. M., Fakhry, H., Christensen, S., & Rapaport, M. H. (2013). A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Quality of Life Research*, 22(3), 585–596. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0187-6>
- Jiménez-Maldonado, M. E., Gallardo-Moreno, G. B., Villaseñor-Cabrera, T., & González-Garrido, A. A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70008-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70008-8)
- Jobst, A., Brakemeier, E. L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K. P., ... & Padberg, F. (2016). European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry*, 33(1), 18-36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.12.003>
- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., Mackinnon, A., Meyer, B., Botella, C., Littlewood, E., Andersson, G., Christensen, H., Klein, J. P., Schröder, J., Bretón-López, J., Scheider, J., Griffiths, K., Farrer, L., Huibers, M. J. H., ... Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms: A Meta-analysis of Individual

Participant Data. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 74(4), 351.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0044>

Kasyanov, E., Yakovleva, Y., Khobeys, M., Gerasimchuk, E., & Mazo, G. (2025). Lifetime Prevalence of Recurrent and Persistent Depression: A Scoping Review of Epidemiological Studies. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 21(1), e17450179372815. <https://doi.org/10.2174/0117450179372815250516102324>

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1–27.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>

Kolovos, S., Dongen, J. M., Riper, H., Buntrock, C., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Geraedts, A. S., Kenter, R. M., Nobis, S., Smith, A., Warmerdam, L., Hayden, J. A., Tulder, M. W., & Bosmans, J. E. (2018). Cost effectiveness of guided Internet-based interventions for depression in comparison with control conditions: An individual-participant data meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 35(3), 209–219.

<https://doi.org/10.1002/da.22714>

Linstead, J., & Doyle, M. (2022). Evaluation of the impact and acceptability of Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for chronic depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 50(6), 644–648.

<https://doi.org/10.1017/S1352465822000236>

Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Bleiberg, K. L., Christos, P. J., & Sacks, M. (2005). A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymic patients. *Journal of Affective Disorders*, 89(1), 167–175.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.10.001>

Mathias, L., Quagliato, L. A., Carta, M. G., Nardi, A. E., & Cheniaux, E. (2024). Challenges in the treatment of dysthymia: a narrative review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 24(7), 633-642. <https://doi.org/10.1080/14737175.2024.2360671>

Mayo Clinic. (2023). Trastorno depresivo persistente. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/persistent-depressive-disorder/diagnosis-treatment/drc-20350935>

McCullough Jr, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 833–846. <https://doi.org/10.1002/jclp.10176>

McCullough Jr, J. P., Schramm, E., & Penberthy, J. K. (2014). *CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder: Distinctive features*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315743196>

Michalak, J., Probst, T., Heidenreich, T., Bissantz, N., & Schramm, E. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy and a Group Version of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression: Follow-Up Data of a Randomized Controlled Trial and the Moderating Role of Childhood Adversities. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(6), 378–380. <https://doi.org/10.1159/000447014>

Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T., & Schramm, E. (2015). A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and a Group Version of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronically Depressed Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 951–963. <https://doi.org/10.1037/ccp0000042>

- Negt, P., Brakemeier, E., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S., & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, 6(8), e00486-n/a. <https://doi.org/10.1002/brb3.486>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Depression in adults: treatment and management. *NICE Guideline 222*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Oehler, C., Görges, F., Rogalla, M., Rummel-Kluge, C., & Hegerl, U. (2020). Efficacy of a Guided Web-Based Self-Management Intervention for Depression or Dysthymia: Randomized Controlled Trial With a 12-Month Follow-Up Using an Active Control Condition. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e15361. <https://doi.org/10.2196/15361>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión (CIE-11)* <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Trastorno depresivo (depresión). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296–321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>
- Öst, L.G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., Salomonsson, S., & Wergeland, G. J. (2023). Cognitive behavior therapy for adult depressive disorders in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 331, 322–333. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.002>
- Paganini, S., Teigelkötter, W., Buntrock, C., & Baumeister, H. (2018). Economic evaluations of internet- and mobile-based interventions for the treatment and prevention of

depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 733–755.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.018>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ*, 372, n71.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171-1178.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>

Ravindran, A. V., Telner, J., Bialik, R., Charbonneau, Y., Ellis, J., Wiens, A., Griffiths, J., Zaharia, M., Waddell, C., Merali, Z., Anisman, H., & Lapierre, Y. D. (1997). The combined efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in primary dysthymia. *Biological Psychiatry* (1969), 42(1), 255S-255S.

[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(97\)87981-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(97)87981-4)

Rhebergen, D., & Graham, R. (2014). The re-labelling of dysthymic disorder to persistent depressive disorder in DSM-5: old wine in new bottles? *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 27–31. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000022>

Rief, W., Bleichhardt, G., Dannehl, K., Euteneuer, F., & Wambach, K. (2018). Comparing the Efficacy of CBASP with Two Versions of CBT for Depression in a Routine Care Center: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 164–178. <https://doi.org/10.1159/000487893>

- Rosso, G., Martini, B., & Maina, G. (2013). Brief dynamic therapy and depression severity: A single-blind, randomized study. *Journal of Affective Disorders, 147*(1–3), 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.017>
- Schatzberg, A. F., Rush, A. J., Arnow, B. A., Banks, P. L. C., Blalock, J. A., Borian, F. E., Howland, R., Klein, D. N., Kocsis, J. H., Kornstein, S. G., Manber, R., Markowitz, J. C., Miller, I., Ninan, P. T., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & Keller, M. B. (2005). Chronic Depression: Medication (Nefazodone) or Psychotherapy (CBASP) Is Effective When the Other Is Not. *Archives of General Psychiatry, 62*(5), 513–520. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.5.513>
- Schnitzspahn, K., Abdulla, K., Arensman, E., Van Audenhove, C., Mere, R., Pérez Sola, V., Sisask, M., Székely, A., Toczyski, P., & Hegerl, U. (2025). Community-Based 4-Level Intervention Targeting Depression and Suicidal Behavior in Europe: Protocol for an Implementation Project. *JMIR Research Protocols, 14*, e64218. <https://doi.org/10.2196/64218>
- Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A., & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry, 7*(9), 801-812. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7)
- Schramm, E., Kriston, L., Elsaesser, M., Fangmeier, T., Meister, R., Bausch, P., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., Klein, J. P., Schoepf, D., Schnell, K., Gumz, A., Löwe, B., Walter, H., Wolf, M., Domschke, K., Berger, M., ... Härter, M. (2019). Two-Year Follow-Up after Treatment with the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy for Early-Onset Chronic

Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(3), 154–164.

<https://doi.org/10.1159/000500189>

Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., Klein, J. P., Schoepf, D., Schnell, K., Gumz, A., Bausch, P., Fangmeier, T., Meister, R., Berger, M., Hautzinger, M., & Härter, M. (2017). Effect of Disorder-Specific vs Nonspecific Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 74(3), 233–242.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3880>

Schuling, R., Huijbers, M. J., van Ravesteijn, H., Donders, R., Cillessen, L., Kuyken, W., & Speckens, A. E. M. (2020). Recovery from recurrent depression: Randomized controlled trial of the efficacy of mindfulness-based compassionate living compared with treatment-as-usual on depressive symptoms and its consolidation at longer term follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 273, 265–273.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.182>

Serbanescu, I., Backenstrass, M., Drost, S., Weber, B., Walter, H., Klein, J. P., Zobel, I., Hautzinger, M., Meister, R., Härter, M., Schramm, E., & Schoepf, D. (2020). Impact of Baseline Characteristics on the Effectiveness of Disorder-Specific Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) and Supportive Psychotherapy in Outpatient Treatment for Persistent Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 607300. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.607300>

Shapiro, D. A., Rees, A., Barkham, M., Hardy, G., Reynolds, S., & Startup, M. (1995). Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Maintenance of Gains After Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 378–387.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.378>

Strauss, C., Hayward, M., & Chadwick, P. (2012). Group person-based cognitive therapy for chronic depression: A pilot randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 345–350. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2012.02036.x>

Swan, J. S., & Hull, A. M. (2007). The cognitive behavioural analysis system of psychotherapy: a new psychotherapy for chronic depression. *Advances in Psychiatric Treatment : The Royal College of Psychiatrists' Journal of Continuing Professional Development*, 13(6), 458–469. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003376>

Thase, M. E. (2006). Preventing relapse and recurrence of depression: a brief review of therapeutic options. *CNS Spectrums*, 11(S15), 12-21.

<https://doi.org/10.1017/S1092852900015212>

Vieta, E., Alonso, J., Pérez-Sola, V., Roca, M., Hernando, T., Sicras-Mainar, A., Sicras-Navarro, A., Herrera, B., & Gabilondo, A. (2021). Epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: the EPICO study. *European Neuropsychopharmacology*, 50, 93–103. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.04.022>

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>

Wiersma, J. E., Van Schaik, D. J. F., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R. A., Blom, M. B. J., Maas, K., Smit, J. H., McCullough, J. P., Beekman, A. T. F., & Van Oppen, P. (2014). The Effectiveness of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 263–269.

<https://doi.org/10.1159/000360795>

## Anexos

## Anexo A

Tabla A1

*Ecuaciones de Búsqueda en las Bases de Datos*

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados
Cochrane	(dysthymi* OR "persistent depressive disorder" OR "chronic depression" OR "dysthymic disorder"):ti,ab,kw AND (psychotherapy OR "psychological treatment" OR "psychological intervention"):ti,ab,kw AND (RCT OR "randomized controlled trial" OR "randomized clinical trial" OR "randomized trial"):ti,ab,kw AND (adult* OR adulthood OR "adult population"):ti,ab,kw AND (efficacy OR outcome*):ti,ab,kw	354
Psychology and Behavioral Sciences Collection	(TI(dysthymi* OR "persistent depressive disorder" OR "chronic depression" OR "dysthymic disorder") OR AB(dysthymi* OR "persistent depressive disorder" OR "chronic depression" OR "dysthymic disorder")) AND (TI(psychotherapy OR "psychological treatment" OR "psychological intervention") OR AB(psychotherapy OR "psychological treatment" OR "psychological intervention")) AND (TI(RCT OR "randomized controlled trial" OR "randomized clinical trial" OR "randomized trial") OR AB(RCT OR "randomized controlled trial" OR "randomized clinical trial" OR "randomized trial")) AND (TI(adult* OR adulthood OR "adult population") OR AB(adult* OR adulthood OR "adult population")) AND (TI(efficacy OR outcome*) OR AB(efficacy OR outcome*))	14
PsycInfo	(TI(dysthymi* OR "persistent depressive disorder" OR "chronic depression" OR "dysthymic disorder") OR AB(dysthymi* OR "persistent depressive disorder" OR "chronic depression" OR "dysthymic disorder") OR DE "Dysthymic Disorder") AND (TI(psychotherapy OR "psychological treatment" OR "psychological intervention") OR AB(psychotherapy OR "psychological treatment" OR "psychological intervention") OR DE "Psychotherapy") AND (TI(RCT OR "randomized controlled trial" OR "randomized clinical trial" OR "randomized trial") OR AB(RCT OR "randomized controlled trial" OR "randomized clinical trial" OR "randomized trial")) AND (TI(adult* OR adulthood OR "adult population") OR AB(adult* OR adulthood OR "adult population") OR DE "Adulthood") AND (TI(efficacy OR outcome*) OR AB(efficacy OR outcome*))	80

PsicoDoc	(TI:"distimia" O TI:"trastorno depresivo persistente" O TI:"depresión crónica" O TI:"trastorno distímico" O DE:"distimia" O DE:"trastorno depresivo persistente") Y (TI:"psicoterapia" O TI:"tratamiento psicológico" O TI:"intervención psicológica" O DE:"psicoterapia") Y (TI:"ensayo clínico aleatorizado" O TI:"ensayo aleatorio" O TI:"ECA" O TI:"randomized controlled trial" O TI:"RCT") Y (TI:"adultos" O TI:"adulto" O DE:"adultos") Y (TI:"eficacia" O TI:"resultados" O TI:"efectividad")	2
PubMed	(dysthymi*[tiab] OR "persistent depressive disorder"[tiab] OR "chronic depression"[tiab] OR "dysthymic disorder"[tiab] OR "Dysthymic Disorder"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms]) AND (psychotherapy[tiab] OR "psychological treatment"[tiab] OR "psychological intervention"[tiab] OR "Psychotherapy"[MeSH Terms]) AND ("randomized controlled trial"[tiab] OR "randomized clinical trial"[tiab] OR "randomized trial"[tiab] OR RCT[tiab] OR "Randomized Controlled Trial"[pt]) AND (adults[tiab] OR adult[tiab] OR adulthood[tiab] OR "adult population"[tiab] OR "Adult"[MeSH Terms]) AND (efficacy[tiab] OR outcome[tiab] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms])	105
Scopus	TITLE-ABS-KEY ( dysthymi* OR "persistent depressive disorder" OR "chronic depression" OR "dysthymic disorder" ) AND TITLE-ABS-KEY ( psychotherapy OR "psychological treatment" OR "psychological intervention" ) AND TITLE-ABS-KEY ( rct OR "randomized controlled trial" OR "randomized clinical trial" OR "randomized trial" ) AND TITLE-ABS-KEY ( adult* OR adulthood OR "adult population" ) AND TITLE-ABS-KEY ( efficacy OR outcome* )	241
Web of Science	TS=(dysthymi* OR "persistent depressive disorder" OR "chronic depression" OR "dysthymic disorder") AND TS=(psychotherapy OR "psychological treatment" OR "psychological intervention") AND TS=(RCT OR "randomized controlled trial" OR "randomized clinical trial" OR "randomized trial") AND TS=(adult* OR adulthood OR "adult population") AND TS=(efficacy OR outcome* OR "treatment outcome")	13

**Anexo B**

Tabla B1.

*Variables Metodológicas*

Estudio	Metodología	N*	Medidas de resultados**	Seguimiento de resultados	% pérdida de sujetos
Markowitz et al. (2005)	4 brazos experimentales	97	EEDH-24 IDB-II	-	14,43
Michalak et al. (2015)	1 grupo control vs 2 grupos experimentales	106	EEDH-24 IDB-II	-	18,87
Rosso et al. (2013)	2 brazos experimentales	47	EEDH-17	6 meses	19,15
Rief et al. (2018)	1 grupo control vs 3 grupos experimentales	173	IDB-II	-	15,03
Schramm et al. (2017, 2019)	2 brazos experimentales	268	EEDH-24	48 semanas, 1 y 2 años	14,18
Oehler et al. (2020)	1 grupo control activo vs 1 grupo experimental	347	ICD-AR	3 y 6 meses, 1 año	15,85
Strauss et al. (2012)	1 grupo control vs 1 grupo experimental	28	IDB-II	-	0
Barnhofer et al. (2009)	1 grupo control vs 1 grupo experimental	31	IDB-II	-	9,68
Cladder-Micus et al. (2018)	1 grupo control vs 1 grupo experimental	100	ICD-AR	-	10
Schuling et al. (2020)	1 grupo control vs 1 grupo experimental	122	IDB-II	-	7,38
Wiersma et al. (2014)	2 brazos experimentales	139	ICD-AR	-	25,18

## Notas

\* *N* = tamaño de muestra

\*\* EEDH-17: Escala de Depresión de Hamilton – 17 ítems; EEDH-24: Escala de Depresión de Hamilton – 24 ítems; ICD-AR: Inventario de Sintomatología Depresiva – Autoinforme; IDB-II: Inventario de Depresión de Beck.

## Anexo C

Tabla B2.

*Variables de la Muestra*

Estudio	Sexo (%)		Edad (años)	País	Ámbito de reclutamiento
	F*	M*			
Markowitz et al. (2005)	63	37	18-60	EE. UU	Clínico Facultad de Medicina Weill Cornell
Michalak et al. (2015)	62	38	36-68	Alemania	Anuncios en medios de comunicación Centro comunitarios de salud Consultorios médicos privados
Rosso et al. (2013)	72	28	18-65	Italia	Clínico Departamento de Neurociencias de la Universidad de Turín
Rief et al. (2018)	60,6	39,4	45,4 <sup>a</sup>	Alemania	Clínico Centro de cuidados Routing
Schramm et al. (2017)	73,1	26,9	45,6 <sup>a</sup>	Alemania	Clínico 8 centros universitarios
Oehler et al. (2020)	83,6	16,4	42,9 <sup>a</sup>	Alemania	Anuncios en redes sociales y ofertas de servicios en línea Fundación Alemana de Depresión <i>iFightDepression</i>
Strauss et al. (2012)	71,4	28,6	43 <sup>a</sup>	Reino Unido	Clínico Equipos comunitarios de salud mental

Barnhofer et al. (2009)	67,9	32,1	43,3 <sup>a</sup>	Reino Unido	Clínico Entrevista con médico de cabecera
Cladder-Micus et al. (2018)	62	38	47,1 <sup>a</sup>	Países Bajos	Clínico Derivación y reclutamiento en instituciones de salud mental
Schuling et al. (2020)	74,5	25,4	55,6 <sup>a</sup>	Países Bajos	Clínico Centros/servicios de mindfulness y salud mental
Wiersma et al. (2014)	59,7	40,3	41,6 <sup>a</sup>	Países Bajos	Clínico Departamentos de trastornos del estado de ánimo en 3 clínicas ambulatorias

---

Notas

\*F = sexo femenino, M = sexo masculino.

<sup>a</sup> Expresado en edad media de la muestra, no especifica rango de edad.

## Anexo D

Tabla B3.

*Variables de la Intervención*

Estudio	Intervención*	Duración	Variable evaluada	Profesionales
Markowitz et al. (2005)	TI-D PAB TI-D + sertralina Sertralina	16 semanas	Sintomatología depresiva Ajuste social Problemas interpersonales	Terapeutas certificados en TI-D Teraputas certificados en PAB Farmacoterapeutas
Michalak et al. (2015)	TH TCBM SACC-P	8 semanas	Sintomatología depresiva	Terapeutas certificados en TCBM Teraputas certificados en SACC-P
Rosso et al. (2013)	TDB TBA	24 semanas	Sintomatología depresiva	Terapeutas certificado en TDB Terapeutas certificados en TBA
Rief et al. (2018)	SACC-P TCC-E TCC-M LE	16 semanas	Sintomatología depresiva Sintomatología secundaria	Terapeutas entrenados en SACC-P Terapeutas formados en TCC-E Teraeputas formados en TCC-M
Schramm et al. (2017)	SACC-P PA	48 semanas	Sintomatología depresiva Sintomatología secundaria	Terapeutas entrenados en el abordaje para la adherencia
Oehler et al. (2020)	<i>iFightDepression</i> RMP	6 semanas	Sintomatología depresiva Sintomatología secundaria	Terapeuta guía capacitado por un webinar, supervisado por psiquiatra
Strauss et al. (2012)	TCBM grupal + TH TH	12 semanas	Sintomatología depresiva Mindfulness	Terapeuta líder con experiencia en TCBM Co-terapeuta con experiencia en TCBP y TCC-M

Barnhofer et al. (2009)	TCMB + TH TH	8 semanas	Sintomatología depresiva Mindfulness	Terapeuta especialista en TCC-M, formado en REBAP
Cladder-Micus et al. (2018)	TCBM + TH TH	8 semanas	Sintomatología depresiva Sintomatología secundaria	Terapeutas entrenados como docentes de mindfulness por al menos 2 años
Schuling et al. (2020)	VCBM + TH TH	16 semanas	Sintomatología depresiva Sintomatología secundaria	Docentes que cumplen con los criterios de evaluación de la enseñanza de intervenciones basadas en mindfulness
Wiersma et al. (2014)	SACC-P + manejo farmacológico TH + manejo farmacológico	52 semanas	Sintomatología depresiva	Terapeutas entrenados en SACC-P

---

Notas

\*LE: Lista de Espera; PA: Psicoterapia de Apoyo; PAB: Psicoterapia de Apoyo Breve; REBAP: Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena; RMP: Relajación Muscular Progresiva; SACC-P: Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia; TBA: Terapia Breve de Apoyo; TCC-E: Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada; TCC-M: Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness; TCBM: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; TCBP: Terapia Cognitiva Basada en Problemas; TDB: Terapia Dinámica Breve; TH: Tratamiento Habitual; TI-D: Terapia Interpersonal; VCBM: Vida Compasiva Basada en Mindfulness.

## Anexo E

Tabla B4.

*Características de la intervención*

Estudio	Intervención (tipo)*	Duración	n° de sesiones (horas)	Formato (modalidad)
Markowitz et al. (2005)	TI-D PAB TI-D + sertralina Sertralina	16 semanas	10-18 (20'-1h)	Individual (presencial)
Michalak et al. (2015)	TH TCBM SACC-P	8 semanas	1 individual + 8 grupales (2.5h) 2 individuales + 8 grupales (2.5h)	Individual + grupal (presencial)
Rosso et al. (2013)	TDB TBA	~6 meses	15-30 <sup>b</sup>	Individual (presencial)
Rief et al. (2018)	SACC-P TCC-E TCC-M LE	16 semanas	16 (50')	Individual (presencial)
Schramm et al. (2017)	SACC-P PA	48 semanas	32 <sup>b</sup>	Individual
Oehler et al. (2020)	<i>iFightDepression</i> RMP	6 semanas	6 (1h) 5 llamadas (10-15')	Individual (en línea) Individual (teléfono)

Strauss et al. (2012)	TCBM grupal + TH TH	12 semanas	12 (1.5h)	Grupal (presencial)
Barnhofer et al. (2009)	TCMB + TH TH	8 semanas	8 (2h)	Grupal (presencial)
Cladder-Micus et al. (2018)	TCBM + TH TH	8 semanas	8 sesiones (2.5h) + 1 día de práctica	Grupal (presencial)
Schuling et al. (2020)	VCBM + TH TH	16 semanas	8 grupales (2.5 h)	Grupal (presencial)
Wiersma et al. (2014)	SACC-P + manejo farmacológico TH + manejo farmacológico	52 semanas	26 (45')	Individual (presencial)

---

Notas

\*LE: Lista de Espera; PAB: Psicoterapia de Apoyo Breve; PA: Psicoterapia de Apoyo; RMP: Relajación Muscular Progresiva; SACC-P: Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia; TBA: Terapia Breve de Apoyo; TCC-E: Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada; TCC-M: Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness; TCMB: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; TDB: Terapia Dinámica Breve; TH: Tratamiento Habitual; TI-D: Terapia Interpersonal (para depresión); VCBM: Vida Compasiva Basada en Mindfulness.

<sup>a</sup> p/g = personas por grupo

<sup>b</sup> No especifica duración de las sesiones

## Anexo F

Tabla D1

*EMERP* (Formulario de Evaluación Metodológica de Estudios de Resultados en Psicoterapia) y *Resultados en la Disminución de la Sintomatología Depresiva*

Estudio	N	Puntuación FEMERP	Clasificación* FEMERP	Resultado**
Markowitz et al. (2005)	97	17	Malo	↓ TI-D (TE -1,05), ↓ Sertralina (TE -2,67), ↓ PAB (TE-1,36), ↓ TI-D + Sertralina (TE -1,75)
Michalak et al. (2015)	106	25	Regular	↓ TH (TE -0,42), ↓ TCBM (TE-0,81), ↓ SACC-P (TE -1,49)
Rosso et al. (2013)	47	11	Malo	↓ TDB (TE -4,96), ↓ TBA (TE -5,08)
Rief et al. (2018)	173	20	Malo	↓ LE (TE -0,38), ↓ SACC-P (TE-1,20), ↓ TCC-E (TE -1,40), ↓ TCC-M (TE -1,44)
Schramm et al. (2017)	268	30	Regular	↓ SACC-P (TE -0,91), ↓ PA (TE -0,71)
Oehler et al. (2020)	347	17	Malo	↓ RMP (TE -0,54), ↓ <i>iFightDepression</i> (TE -0,75)
Strauss et al. (2012)	28	23	Regular	↑ TH (TE -0,30), ↓ TCBM grupal + TAU (TE -1,24)
Barnhofer et al. (2009)	31	15	Malo	↓ TH (TE -0,22), ↓ TCMB (TE -1,18)
Cladder-Micus et al. (2018)	100	22	Regular	↓ TH (TE -0,18), ↓ TCMB + TAU (TE -0,47)
Schuling et al. (2020)	122	18	Malo	↓ TH (TE -0,01), ↓ VCBM (TE -0,38)
Wiersma et al. (2014)	139	16	Malo	↓ SACC-P + fármaco (TE -1,66), ↓ TH + fármaco (TE -1,11)

### Notas

\* Malo < 21; Regular 22-33; Bueno 33-44

\*\*LE: Lista de Espera; PAB: Psicoterapia de Apoyo Breve; PA: Psicoterapia de Apoyo; RMP: Relajación Muscular Progresiva; SACC-P: Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia; TBA: Terapia Breve de Apoyo; TCC-E: Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada; TCC-M: Terapia Cognitivo-Conductual adaptada con Mindfulness; TCBM: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; TDB: Terapia Dinámica Breve; TE: tamaño del efecto (g de Hedges), TH: Tratamiento Habitual; TI-D: Terapia Interpersonal; VCBM: Vida Compasiva Basada en Mindfulness.

**Anexo G****DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL  
GENERATIVA**

Título del trabajo: EFICACIA DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE. UNA  
REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Autora: ARIANA GARRIDO ENCALADA

DNI/Alumno/a: Y8239367E

Nombre del Directora de TFM: IRENE LÓPEZ GÓMEZ

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador de TFM: PABLO FERNÁNDEZ CÁNCER

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (marcar y describir):

- Búsqueda y localización de bibliografía: Chat GPT (Open AI) se utilizó como apoyo para la reformulación de ecuaciones de búsqueda, identificación de posibles términos clave, sinónimos y operadores booleanos relacionados con el trastorno depresivo persistente y las intervenciones psicológicas. También se empleó para orientar la selección de palabras clave derivadas de las distintas etiquetas diagnósticas históricas del trastorno depresivo persistente. Además, se utilizó para localizar bibliografía complementaria y revisiones previas relevantes que permitieran contextualizar y complementar la interpretación de los estudios incluidos en la revisión sistemática

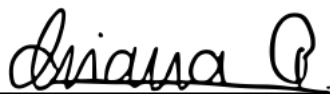
- Resumen/ayuda para comprensión de textos: Chat GPT (Open AI) se utilizó para aclarar conceptos metodológicos y estadísticos relacionados con revisiones sistemáticas.
- Organización/estructura del trabajo: Chat GPT (Open AI) se utilizó para clasificar la información obtenida, y para mejorar la coherencia y evitar solapamientos entre apartados.
- Revisión ortográfica/estilo
- Generación de texto (fragmentos): Chat GPT (Open AI) se utilizó para generar borradores parciales de frases y párrafos relacionados con la reformulación de objetivos, hipótesis, criterios de inclusión/exclusión, y descripción de resultados. Cabe resaltar que todo el contenido generado fue revisado críticamente, editado, contrastado con la literatura científica y adaptado manualmente antes de su inclusión en la versión final del trabajo. También se utilizó para la redacción de este apartado al pedirle un texto orientativo que resuma el uso que se ha dado a la plataforma durante la redacción de este trabajo, para incluir todos sus usos en la presente declaración. Claude (Sonnet 4.6) se utilizó puntualmente para el desarrollo de ecuaciones de búsqueda adaptados a cada base de datos, pero estas fueron revisadas, editadas y adaptadas por mi misma.
- Otros (síntesis de información ): Claude (Sonnet 4.6) y Chat GPT (Open AI) se utilizaron para la síntesis de los resultados estadísticos de las intervenciones analizadas. Sin embargo, la síntesis realizada por Chat GPT resultó errónea y se procedió a repetirla manualmente.

Para comprobar y garantizar la veracidad de la información proporcionada por la inteligencia artificial, esta fue contrastada con la literatura científica previamente identificada, así como con las publicaciones originales a las que se hacía referencia. En aquellos casos en los que la IA sugería bibliografía complementaria, se recurrió a bases de datos científicas para comprobar su existencia, verificar su pertinencia y confirmar que contenía la

información atribuida. Asimismo, en relación con los datos estadísticos obtenidos a través de plataformas de IA, los cálculos y tablas fueron elaborados manualmente por mi misma, ya que en algunos casos la información proporcionada resultó incompleta, inexacta o inconsistente. Por último, ningún fragmento de texto fue utilizado de forma literal en su totalidad, sino que todos los contenidos generados fueron revisados, editados, contrastados y adaptados por mi misma a los apartados correspondientes del trabajo.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a: 

Fecha: 15/05/2025