

## Complementariedad Psicoterapéutica en Pacientes con Depresión Mayor: Revisión de Literatura

### Psychoterapeutic Complementary in Patients with Major Depression: Literature Review

Luis Miguel Ormaza Ulloa<sup>1</sup>, Mónica del Carmen Tamayo Piedra<sup>2</sup>, Erika Fernanda Burbano Cabrera<sup>3</sup>, María José Rodríguez Reyes<sup>4</sup>, María Elizabeth León Prieto<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidad Católica de Cuenca.

<https://orcid.org/0000-0003-1964-8651>

<sup>2</sup> Universidad Católica de Cuenca.

<https://orcid.org/0000-0002-8285-0687>

<sup>3</sup> Universidad Católica de Cuenca.

<https://orcid.org/0000-0003-3174-0282>

<sup>4</sup> Universidad Católica de Cuenca.

<https://orcid.org/0000-0002-8556-1653>

<sup>5</sup> Universidad Católica de Cuenca.

<https://orcid.org/0000-0002-1307-889X>

#### Correspondencia:

Luis Miguel, Ormaza Ulloa. Universidad Católica de Cuenca - Ecuador.  
[ormazaluis92@gmail.com](mailto:ormazaluis92@gmail.com)

## RESUMEN

La complementariedad terapéutica en pacientes con depresión es el objetivo de esta revisión sistemática bibliográfica en cual se evidencia los aportes de la terapia combinada y su efectividad en la mejoría de la sintomatología, recaídas y la prolongación de la calidad de vida. Además, se llevará a cabo la elaboración de un protocolo de intervención terapéutico y farmacológica adecuada a nuestra realidad sanitaria y social. La metodología utilizada en esta investigación es un análisis teórico documental de tipo descriptivo, orientado a un enfoque cualitativo de diseño no experimental a través de una revisión amplia de los principales aportes científicos bibliográficos para la realización de un plan terapéutico a nivel farmacológico y de psicoterapia. El uso de antidepresivos de segunda generación genera mayor eficacia al combinarse con un modelo terapéutico. Como conclusiones se pudo encontrar que en el tratamiento de la depresión la intervención combinada de la psicoterapia cognitivo conductual y el uso de psicofármacos fluoxetina y sertralina demuestran mayor eficacia que su aplicación por separado; respondiendo así nuestra hipótesis inicial de demostrar la eficacia de la complementariedad del uso de la psicoterapia y psicofarmacología en el trastorno depresivo mayor.

**Palabras clave:** complementariedad, psicoterapia, psicofarmacología, depresión, tratamiento combinado

## ABSTRACT

Therapeutic complementarity in patients with depression is the objective of this systematic literature review in which the contributions of combined therapy and its effectiveness in the improvement of symptomatology, relapses and prolongation of quality of life are evidenced. In addition, the elaboration of a protocol of therapeutic and pharmacological intervention adequate to our health and social reality will be carried out. The methodology used in this research is a descriptive theoretical documentary analysis, oriented to a qualitative approach of non-experimental design through a wide review of the main bibliographic scientific contributions for the development of a therapeutic plan at pharmacological and psychotherapy level. The use of second-generation antidepressants generates greater efficacy when combined with a therapeutic model. As conclusions it could be found that in the treatment of depression the combined intervention of cognitive behavioral psychotherapy and the use of psychotropic drugs fluoxetine and sertraline show greater efficacy than their application separately; thus, answering our initial hypothesis of demonstrating the efficacy of the complementarity of the use of psychotherapy and psychopharmacology in major depressive disorder.

**Keywords:** complementarity, psychotherapy, psychopharmacology, depression, combined treatment.

## I. INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas se ha incrementado significativamente el uso de psicofármacos en Europa y Latinoamérica, principalmente ansiolíticos y antidepresivos (Secades et al., 2003). En psiquiatría un diagnóstico predice eficazmente la forma de tratamiento que se va a incorporar en un paciente tanto como su pronóstico, un solo fármaco puede ser de utilidad para varios trastornos con la misma efectividad (Vega-Dienstmaier, 2017).

Los trastornos del estado de ánimo, codificados en el Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM5), caracteriza a la depresión como un trastorno mental que se diferencia por un estado de ánimo disminuido que afecta a las distintas actividades cotidianas, además se presentan manifestaciones somáticas como: debilidad, cansancio, alteraciones en los patrones de sueño, aunque su inicio es insidioso en edades tempranas se ha podido evidenciar en todos los grupos etarios, cabe mencionar que esta enfermedad afecta el funcionamiento familiar, personal y social del individuo que la padece (Gaviria García & Martínez Sánchez, 2017).

Los pacientes que presentan síntomas depresivos inicialmente acuden a un médico general y no a profesionales de la psicología clínica o médicos psiquiatras, lo que ha provocado que los diagnósticos sean sesgados a observaciones poco confiables y no a pruebas u observación clínica especializada en el tema, razón por lo que el 50 % de los pacientes con depresión son mal diagnosticados debido a que en el primer nivel de atención médica, la depresión es vista como una entidad aislada y única, más no como un amplio espectro de trastornos que se desprenden de ella.

En cuanto al plan de intervención, este es dual, la terapia antidepresiva comprende tanto una adecuada adherencia a la psicoterapia como al tratamiento farmacológico, considerando estas como un pilar fundamental para un pronóstico favorable, esto comprende el acertado uso de las dosis y tiempos indicados que cada medicamento prescribe; es ahí donde la psicoterapia aporta con fundamentos para afrontar los nuevos cambios en el estilo de vida considerado un nuevo reto clínico (Ornelas Ramírez & Ruíz Martínez, 2017).

Al ser el trastorno depresivo una patología de índole psicobiológica, requiere una intervención en salud mental combinada de dos modalidades terapéuticas diferentes, si bien dentro de esta dualidad no se excluye la intervención bajo modelos psicoterapéuticos como la terapia cognitivo conductual, terapia ocupacional o musicoterapia, pone énfasis en el tratamiento psicofarmacológico.

En la actualidad se dispone de directrices consensuadas a nivel internacional que orientan la implementación de un tratamiento combinado, es así como diferentes modos de combinación en base al avance del proceso (Garay et al., 2020) aportes como revisiones científicas, comités de expertos, asociaciones de profesionales han proporcionado los estándares de intervención en la práctica asistencial.

### **Marco teórico**

El tratamiento combinado actualmente se abre paso en la intervención de una gran cantidad de trastornos mentales (Donatti et al., 2015) los fármacos y la psicoterapia se han planteado como opciones en el tratamiento de enfermedades mentales en la práctica integradora, que pueden llegar a incluir varias modalidades complementarias como la

rehabilitación, apoyo y cuidados, poco aceptados, pero son la norma que debería seguirse (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2018).

Mediante una revisión de metaanálisis en las principales fuentes científicas (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2018) considera que la utilización de psicoterapia y psicofármacos genera mayor y mejores resultados en el tratamiento de la depresión que la aplicación de una sola por separado. Sin embargo, dicha práctica no se sustenta concluyentemente en la mayoría de los problemas clínicos.

En el tratamiento combinado, usualmente el psicólogo clínico se ocupa del tratamiento psicoterapéutico y el médico psiquiátrico de la intervención psicofarmacológica, aunque en ocasiones en un contexto académico favorable, esta responsabilidad recae en un solo profesional que puede realizar ambas prácticas (Garay et al., 2016).

### **Comunicación entre Psicólogos Clínicos y Psiquiatras en tratamiento combinado.**

La comunicación entre los médicos psiquiatras y los psicólogos clínicos, va más allá de los sesgos profesionales históricamente citados en la literatura, la percepción de los pacientes refiere que el 30.61 % lo hace durante la atención primaria, un 26.53 % que lo hacen ocasionalmente y un 20.40 % que es algo que nunca sucede, finalmente el 22.44 % desconoce si hay o no comunicación entre profesionales (Garay et al., 2016).

De acuerdo con un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires, se conoció que en la búsqueda de interconsulta entre psicólogos clínicos y psiquiatras se toma la iniciativa desde las dos partes, y que esta se da comúnmente en cuanto se presenta un caso de emergencia que requiere un abordaje interdisciplinario.

Los psicólogos clínicos y psiquiatras manifestaron que hacen partícipe al otro profesional en los casos que consideran para abordaje conjunto, siendo el psicólogo clínico el que frecuentemente solicita la colaboración del psiquiatra (Donatti et al., 2015). Esto podría deberse en gran medida a que el psicólogo clínico no está facultado para prescribir psicofármacos, debido a que no posee licencia de médico, esto motiva al psicólogo clínico por medio de interconsulta con el psiquiatra a buscar la medicación necesaria para restablecer al paciente (Ceberio, 2016).

Los profesionales manifestaron que la frecuencia para comunicarse entre ellos se mantiene de acuerdo a la “severidad del cuadro”, comúnmente el cuadro clínico determina la periodicidad de la comunicación que según manifiestan puede variar desde una vez al mes, en casos leves, en cuadros agudos una vez a la semana o cuando se presentan urgencias la interacción es diaria a fin de estabilizar al paciente con el trabajo conjunto (Donatti et al., 2015).

Durante la colaboración en los trabajos interdisciplinarios entre psicólogos clínicos y psiquiatras es de vital importancia que se dé una comunicación efectiva y directa, el respeto entre profesionales de la salud mental, así como tener presente nuestras habilidades, el conocimiento de nuestro campo de acción y las limitaciones para no interferir en el tratamiento propuesto por el otro profesional.

Una de las variables importantes señaladas en la literatura, que tendría influencia en la interacción entre el psicólogo clínico y el psiquiatra en el abordaje conjunto de casos clínicos, es el lugar de trabajo, ya que en los hospitales se da la comunicación más frecuentemente, manifestándose en la cotidianeidad en cuanto los profesionales se encuentran dentro en diferentes áreas del centro médico, en contraste con una menor comunicación en la consulta privada (Rivera León, 2000).

En cuanto a la manera de comunicarse, un 90 % de los psicólogos refiere hacerlo por medio de llamadas desde sus teléfonos celulares, ante un 70 % de los psiquiatras, el uso de e-mail es usado en un 40 % por los dos profesionales y buscan comunicarse de manera informal un 40 % los psicólogos clínicos frente al 50 % de los psiquiatras (Gómez Vargas & Peláez Jaramillo, 2015).

Se considera indispensable la comunicación entre estos dos profesionales, así también se debe recalcar la importancia de la comunicación de estos con el paciente, sobre este tópico podemos encontrar que el 38.30 % de los pacientes manifiestan conocer el tratamiento que les brinda el psiquiatra, en contraste con un 80.57 % de los usuarios comentaron conocer el tipo de tratamiento implementado por el psicólogo clínico (Garay et al., 2016).

En cuanto a brindar información al paciente sobre los posibles efectos adversos que se puedan presentar durante el tratamiento, el 40.81 % de los pacientes indico no haber recibido dicha información, tenemos que los psiquiatras en un porcentaje del 32.65 % han hecho conocer al paciente sobre algún efecto secundario del tratamiento, el 26.56 % de los usuarios han afirmado de los dos profesionales le han detallado los inconvenientes que se podrían manifestar durante el tratamiento.

### **Tratamiento combinado en trastornos depresivos**

Los trastornos del estado de ánimo tienen un gran impacto en la proporción de la población y en medio de este caos, salta la pregunta ¿Qué tipo de tratamientos funcionarían para tratar con eficacia estos trastornos? Los psicofármacos estabilizadores del estado de ánimo son aquellos tratamientos farmacológicos que permiten llevar a cabo el manejo del trastorno depresivo en el mundo.

Usualmente, los antidepresivos suelen tomar varias semanas para hacer efecto en el organismo y a su vez, observar los beneficios terapéuticos de los mismos, en la actualidad se está verificando la posibilidad de psicofármacos de rápida acción y más eficaz que puedan resultar más beneficiosa para el tratamiento de la depresión (Antón-Menárguez et al., 2016)

Estos fármacos se pueden dividir en dos clases principales, por un lado, la imipramina y la amitriptilina, que son fármacos duales inhibidores de la recaptura de la 5-HT y la NA, y a su vez tienen alta carga de efectos secundarios anticolinérgicos.

También existen otros tipos de fármacos como lo son los inhibidores de la MAO los cuales han sido demostrados por crear una mejoría en los pacientes con trastorno depresivo mayor. Estos aumentan la función de los sistemas monoaminérgicos (5-HT y NA). La parte negativa, por así decirlo, es que los efectos son lentos y pueden observarse después de varias semanas de haber sido aplicados (Pérez-Padilla et al., 2017).

Por otra parte, tenemos el tratamiento de terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal para la depresión mayor, y que han sido descritos como tratamientos efectivos, ya sea en forma separada o en conjunto con el tratamiento farmacológico. Una de las teorías y tratamiento con mayor eficacia es la cognitiva y la terapia cognitiva conductual de la depresión de Aaron Beck.

En la actualidad, se considera a la terapia cognitiva conductual como un tratamiento eficaz para el trastorno depresivo mayor, en un estudio que se realizó por DeRubeis y Cols (2005) había comparado el uso de la terapia cognitivo conductual con la farmacoterapia en personas con depresión moderada o grave (Pérez-Padilla et al., 2017).

Dicho estudio se había realizado en las clínicas de investigación e la universidad de Pensilvania y en la Universidad de Vanderbilt, con 240 pacientes (120 en cada grupo), los

cuales se los colocó al azar. Los resultados habían mostrado que las tasas de finalización del tratamiento fueron comparables con la terapia cognitiva y los grupos de medicación.

En el caso de los infantojuveniles, se demostró que el tratamiento psicoterapéutico resultaba ser más eficaz que el tratamiento farmacológico, en este último caso, tras el uso de antidepresivos, se determinó que la fluoxetina como psicofármaco funcionaba en esta población, no obstante, se recomendaba que se hiciera después del tratamiento de psicoterapia cognitivo conductual (Sanz & García-Vera, 2020).

En este estudio se llegó a diversas conclusiones, entre ellas, que a la depresión infantojuvenil no se la considera una enfermedad mental como tal, sino más bien como un trastorno mental, la psicoterapia cura esta depresión, en especial, la terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes, y la terapia interpersonal para adolescentes, es el tratamiento de prioridad para este trastorno por encima de la medicación antidepresiva, así sea la depresión leve, moderada o grave y sobre todo que la psicoterapia resulta ser de corta duración, por lo que no representa una larga duración del tratamiento (Sanz & García-Vera, 2020).

### **Plan Terapéutico Combinado, Psicoterapia y Psicofarmacología**

A inicios del siglo XXI, Álvarez y García (2001), en su análisis sobre la efectividad de los procesos psicológicos para la depresión, concluyeron que las adecuadas son la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal, cada una ellas pueden ser aplicadas de forma individual o grupal, en un periodo de 12 a 16 sesiones (Montes, 2001).

La terapia psicológica influye de manera positiva en el desempeño cognitivo de los pacientes diagnosticados con depresión mayor, además en su estudio evidencian que la terapia cognitiva conductual es el procedimiento más eficaz para estos padecimientos, disminuye recaídas y hay una notable reducción de síntomas, mayor mejoría si se usa en combinación con un tratamiento farmacológico (Pérez-Padilla et al., 2017).

Por otro lado, la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en las soluciones aportan de gran manera a la mejoría del estado de ánimo del sujeto, no solo dando solución al problema actual, sino que sus efectos estarían presentes en un tiempo prolongado al culminar el proceso terapéutico (Ramírez, 2020).

En la guía para el diagnóstico y tratamiento de la depresión emitida por parte del Ministerio de Salud del Ecuador, se recomienda la terapia cognitivo conductual, como la más idónea para el tratamiento de la depresión en adultos. Incluso en pacientes con depresión moderada o grave se indica la terapia combinada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

<b>Intervención</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Objetivos</b>
Historia clínica y anamnesis.	-Rapport	-Crear una alianza psicoterapéutica a fin de fortalecer la adherencia terapéutica
	-Empatía cognitiva	
	-Análisis y observación clínica	-Recolectar información de forma directa e indirecta para la elaboración de la historia clínica del paciente.
	-Historia clínica	
	-Interconsulta psiquiátrica	-Iniciar el tratamiento con psicofármacos antidepresivos para la disminución de síntomas.

Redes de apoyo	-Psicoeducación al paciente, familia o cuidadores.	-Brindar la información sobre el curso del trastorno mental y su tratamiento basado en la Terapia Cognitivo Conductual
Acompañamiento psicológico en la disminución de la sintomatología	-Reestructuración cognitiva	-Identificar y modificar las distorsiones cognitivas.
Pensamientos automáticos desadaptativos	-Autocontrol -Diálogo Socrático	-Mayor control en la refutación de pensamientos
Alternativas de afrontamiento efectivas y adaptativas	-Entrenamiento en resolución de problemas y entrenamiento en toma de decisiones	-Desarrollar modelos de acciones planificadas y secuenciales para la resolución efectiva de problemas.
Programación gradual de actividades	-Panificación de tareas y evaluación.	-Planificación de tareas descomponiendo gradualmente en pasos, registrando la dificultad y el placer obtenido.
Conductas asertivas y adaptativas.	-Encadenamiento	-Reforzamiento positivo en actividades jerárquicas en la adquisición de comportamientos funcionales. -Reducir conductas de aislamiento.
	-Entrenamiento en habilidades sociales	-Mejorar las relaciones y la comunicación con la red de apoyo.
Prevención de recaídas	Psicoeducación	Entrenar al paciente para una mejor identificación de su sintomatología en una crisis.
La aplicación de reactivos se puede realizar con un intervalo de tiempo significativo para verificar la evolución del paciente.		

**Tabla 1:** Protocolo de intervención psicológica.

**Fuente:** Elaboración Propia

La otra parte del tratamiento para la depresión mayor es la farmacológica, dentro de la guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, se indica que generalmente se prescribe la fluoxetina o sertralina (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017), lo mismo señalado en la Guía De Intervención mhGAP para Trastornos Mentales y por el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, adaptada por la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2014 (Servicios, 2014), comúnmente el tratamiento farmacológico en la Depresión Mayor debe durar entre 6 y 12 meses posteriores a la remisión de los síntomas. La Fluoxetina forma parte de los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), surgen como una evolución desde los antidepresivos tricíclicos, buscando una similar eficacia con mejor tolerabilidad (M.A. Álvarez-Mon, 2017). Es común que estos fármacos presentes efectos secundarios como náuseas, diarrea, boca seca, disfunción sexual y ansiedad (Viola, 2016).

Fármaco	Dosis	Indicaciones
Fluoxetina	Dosis inicial: 20 mg/día- a.m. Dosis máxima: 60 mg /día- en caso de que se requiera dependiendo de la evolución.	Depresión mayor.

**Fuente:** Elaboración propia.

Dentro del manejo del MSP, también se manejan los antidepresivos tricíclicos en casos excepcionales, sin embargo, por su poca tolerabilidad, no se tienen su consumo como primera línea de tratamiento.

## **II. MATERIALES Y MÉTODOS**

Este aporte parte de un análisis teórico documental de tipo descriptivo, orientado a un enfoque cualitativo de diseño no experimental; mediante el cual determinaremos la complementariedad terapéutica en pacientes con depresión, las estrategias de búsqueda y recopilación de artículos científicos de utilidad referenciaron las palabras clave “psicofármacos”, “antidepresivos”, “depresión”, “complementariedad”, “estado de ánimo”; respecto a los criterios lingüísticos se optó por el idioma inglés y español, de igual forma para la búsqueda exhaustiva de artículos que contengan la confiabilidad y validez deseada se utilizaron las siguientes bases de datos y repositorios científicos: Scopus, Web of science, Redalyc, Scielo, Taylor & Francis, Google académico y Latindex. La extracción de datos se basa en los objetivos planteados referentes al planteamiento del problema, para ello se utilizó el método PRISMA de revisión bibliográfica. Los criterios de selección de aportes documentales que contengan la temática de complementariedad terapéutica en el tratamiento de pacientes con depresión; los artículos que fueron sometidos a criterios de exclusión fueron aquellos que no cumplan con rigor científico y con el año de publicación menor al 2016, para ello se procedió a la lectura de resúmenes, resultados cualitativos y conclusiones, con la finalidad de descartar aquellos artículos que no cumplen con los criterios de inclusión. Y a su vez, no tomar en cuenta los artículos repetidos y los que no tienen relación con el tema tratado.

## **III. RESULTADOS**

Los aportes bibliográficos seleccionados en esta revisión facilitaron la comprensión de una adecuada relación terapéutica de trabajo interdisciplinaria entre el médico psiquiatra y la psicoterapeuta misma que ha sido percibida favorablemente por los pacientes que reciben este servicio considerando que una adecuada comunicación entre los profesionales facilita una mejor adherencia al tratamiento. Por otro lado, dentro de la intervención psicoterapéutica, el uso de un modelo basado en la evidencia como la terapia cognitivo conductual y su aplicación seria y metodológica aporta beneficios en la recuperación de la sintomatología inicial del paciente; es así que la complementariedad de un trabajo terapéutico combinado genera mayores y mejores resultados en pro del doliente. En nuestra región ha ganado campo la prescripción de antidepresivos de segunda generación como la fluoxetina y sertralina que administrada bajo un análisis responsable de la farmacocinética y farmacodinámica por parte del médico psiquiatra, ha generado según nuestro análisis mayor eficacia al combinarse con un modelo terapéutico que puede ser llevado a la experimentación como la terapia cognitivo conductual; respondiendo a nuestra necesidad inicial de encontrar la eficacia de la complementariedad en el tratamiento combinado en pacientes con depresión.

## **IV. CONCLUSIONES**

---

El trastorno depresivo es una condición mental de alto impacto que ha afectado en índices alarmantes a la población mundial; los servicios en salud mental brindan atención psicoterapéutica y psicofarmacológica donde su combinación es más eficaz en este padecimiento. Previa evaluación a las necesidades del paciente, un diagnóstico oportuno y un plan de intervención adecuado permitirá obtener mayores beneficios en el curso del trastorno. Es así que una adecuada comunicación entre estas dos especialidades, respetando los límites de cada práctica y haciendo a un lado el histórico celo profesional, el mayor beneficiario es el paciente al obtener un pronóstico favorable para afrontar los nuevos cambios en el estilo de vida, considerando un nuevo reto clínico.

## V. BIBLIOGRAFÍA

- Antón, V., García, P., & García, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52. Recuperado de: [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez\\_et\\_al\\_2016\\_tcc\\_depresion\\_adolescente\\_tardia.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf)
- Ceberio, M. (2016). Discordias y compatibilidades de una pareja terapéutica: el psicólogo y el psiquiatra. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), 85-95. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545834009>
- Donatti, S., Garay, C., & Etchevers, M. (2015). La comunicación entre psicólogos clínicos y psiquiatras en eL. *Anuario de Investigaciones*, 12, 29-38. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944002>
- Fernández, A., & Rodríguez, B. (2018). La era de los tratamientos integrados: Combinación de psicofármacos y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, 139-148. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780007>
- Garay, C., Fabrissin, J., Korman, G., & Etchevers, M. (2020). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica. *Anuario de Investigaciones* (17), 41-48. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139946004>
- Garay, C., Donatti, S., Ortega, I., Rosales, M., & Koutsovitis. (2016). Perspectiva de los pacientes sobre el tratamiento combinado. *Anuario de Investigaciones*, 12, 25-32. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696002>
- Gaviria, J., Martínez, G., & Martínez, L. (2017). Adherencia a los antidepresivos: reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos. *Archivos de Medicina*, 17(1), 150-159. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273851831016>
- Gómez, M., & Peláez, G. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en medellín, colomb. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(2), 73-83. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297241658006>
- Álvarez, V. (2017). Tratamiento de la depresión. *Medicine*, 12(46), 2731-2742. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.12.001>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. *En M. d. Publica, Guía de*

- Práctica Clínica*. Recuperado de: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069\\_MSP\\_Gui%CC%81a\\_DEPRESION](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION)
- Montes, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510. Recuperado de: <https://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Ornelas, A., & Ruíz, A. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2), 1-16. Recuperado de: <https://doi.org/10.5872/psiencia/9.2.21>
- Pérez, E., Vervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev. biomédica*, 28(2), 88-97. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Ramírez, D. (2020). Integración de la terapia cognitivo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(1), 147-179. Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol23num1/Vol23No1Art8.pdf>
- Rivera, L. (2000). Psicología y Psicopatología. Ciencia básica de la clínica mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(3), 261-27. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629306>
- Sanz, J., & García, M. (2020). Las Ideas Equivocadas sobre la Depresión Infantil y Adolescente y su Tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65. Recuperado de: <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.5093/clysa2020a4>
- Secades, R., Rodríguez, E., Valderrey, J., & Fernández, J. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de. *Psicothema*, 15(4), 650-655. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715420>
- Servicios, S. N. (2014). Guía de Intervención mhGAP para trastornos mentales y por el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. *En S. N. Servicios, Intervención mhGAP para trastornos mentales y por el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Recuperado de: <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/GU%C3%8DA%20DE%20INTERVENCION%C3%93N%20MHGAP.pdf>
- Vega, J. (2017). ¿Debe mejorar la forma de diagnosticar en psiquiatría? *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 155-157. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372052971001>
- Viola, L. (2016). Opciones actuales de tratamiento. *ResearchGate*, 5(2), 28-38. Recuperado de: <https://doi.org/DOI:10.13140/RG.2.1.3561.3>