



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Intervenciones psicosociales por parte de médicos generales

Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Schayck CP van

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: info@update.co.uk

Sitio web: <http://www.update-software.com>



Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd.

Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.

ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	3
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	5
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	6
CALIDAD METODOLÓGICA.....	7
RESULTADOS.....	7
DISCUSIÓN.....	9
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	11
AGRADECIMIENTOS.....	12
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	12
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	12
REFERENCIAS.....	12
TABLAS.....	16
Characteristics of included studies.....	16
Characteristics of excluded studies.....	20
Characteristics of ongoing studies.....	22
Table 01 Original CCDAN search strategy.....	22
CARÁTULA.....	22
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	24
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	24
01 resolución de problemas versus tratamiento antidepresivo a las 12 semanas del seguimiento.....	24
01 casos recuperados (escala de calificación de Hamilton = < 7).....	24
02 escala de calificación de Hamilton (depresión).....	24
03 inventario de depresión de Beck (depresión).....	25

Intervenciones psicosociales por parte de médicos generales

Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Schayck CP van

Esta revisión debería citarse como:

Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Schayck CP van. Intervenciones psicosociales por parte de médicos generales (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación más reciente: 05 de setiembre de 2001

Fecha de la modificación significativa más reciente: 08 de mayo de 2007

RESUMEN

Antecedentes

Muchos pacientes visitan a su médico general (MG) debido a problemas de origen psicosocial. Sin embargo, en la atención primaria no se cuenta con ningún tratamiento basado en pruebas para muchos de estos problemas y estos pacientes colocan en su MG exigencias que llevan mucho tiempo. Por consiguiente, los MG podrían beneficiarse de diversas herramientas para ayudar a estos pacientes más eficaz y eficientemente. Desde este punto de vista, es importante evaluar si las intervenciones psicosociales estructuradas pueden constituir una herramienta apropiada para los MG. Las revisiones anteriores demostraron que las intervenciones psicosociales en la atención primaria parecen más efectivas que la atención habitual. Sin embargo, estas intervenciones fueron realizadas en su mayoría por profesionales de la salud diferentes de los MG.

Objetivos

Examinar la efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales mediante una evaluación de los resultados clínicos y la calidad metodológica de los estudios seleccionados.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó con CCDANCTR-Studies y CCDANCTR-References el 20/10/2005, *The Cochrane Library*, las listas de referencias de los estudios relevantes para el rastreo de las citas y la comunicación personal con expertos.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios, ensayos clínicos controlados y ensayos controlados de preferencia de pacientes que abordaron la efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por los MG para cualquier problema o trastorno. Los estudios publicados antes de noviembre de 2005 fueron elegibles para la inclusión.

Recopilación y análisis de datos

Dos revisores evaluaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios con el uso de la Maastricht-Amsterdam Criteria List (Lista de criterios de Maastricht-Amsterdam). Dos revisores extrajeron de forma independiente las características cualitativas y cuantitativas de los ensayos seleccionados mediante un formulario estandarizado de extracción de datos. Se usaron niveles de pruebas para determinar la fuerza de las pruebas disponibles. Los resultados de los estudios que informaron intervenciones y medidas de resultado similares se metanalizaron.

Resultados principales

Se incluyeron diez estudios en la revisión. Los estudios seleccionados abordaron diferentes intervenciones psicosociales para cinco motivos de consulta o trastornos de salud diferentes. Hay pruebas convincentes de que el tratamiento de resolución de problemas administrado por los médicos generales es efectivo para la depresión mayor. Las pruebas en cuanto a las intervenciones restantes correspondientes a otros motivos de consulta (reatribución o terapia cognitivo-conductual grupal para la somatización, terapia cognitivo-conductual para la fatiga idiopática, asesoramiento para el abandono del hábito de fumar, intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol) son limitadas o contradictorias.

Conclusiones de los autores

En general, hay pocas pruebas disponibles relativas al uso de intervenciones psicosociales por parte de los médicos generales. De las intervenciones psicosociales revisadas, la terapia de resolución de problemas para la depresión parece la herramienta más alentadora, aunque se requiere una base de pruebas más sólida y aún debe demostrarse la efectividad en la práctica habitual. Se requieren más investigaciones para mejorar la base de las pruebas sobre este tema.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales

Muchos pacientes visitan a su médico general (MG) debido a problemas psicosociales. En consecuencia, los MG podrían beneficiarse de herramientas para ayudar a estos pacientes. Los revisores no encontraron pruebas sólidas de la efectividad (o inefectividad) de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales. De las intervenciones psicosociales revisadas, la terapia de resolución de problemas para la depresión parece ser la herramienta más prometedora para los médicos generales, aunque aún debe demostrarse su efectividad en la práctica diaria.

ANTECEDENTES

Muchos pacientes visitan a su médico general (MG) debido a problemas de origen psicosocial. La prevalencia informada de trastornos psicológicos o psicosociales (p.ej. los trastornos como depresión, ansiedad, estrés, somatización, síntomas funcionales o idiopáticos en la atención primaria oscilan entre el 30% y el 70% (Chocron Bentata 1995; Tiemens 1996). Sin embargo, el grado de trastornos de salud mental en la práctica general es difícil de estimar debido a problemas de clasificación (Gray 1988)).

Hay un mayor conocimiento entre los MG de que la responsabilidad del tratamiento de estos pacientes les corresponde principalmente a ellos (Terluin 1999)). Sin embargo, para muchas de estas quejas, no se cuenta con tratamientos basados en pruebas. La derivación inmediata a la atención de un especialista a menudo no es posible debido a las listas de espera o la naturaleza vaga de las quejas. A menudo, estos pacientes visitan a su MG sin recibir con frecuencia la oferta de un tratamiento apropiado y colocan exigencias que llevan mucho tiempo en los servicios de atención primaria ya sobrecargados. Por consiguiente, los médicos generales necesitan herramientas para ayudar a estos pacientes de una manera eficaz y efectiva en función de los costos, teniendo en cuenta que el tiempo de los médicos generales es costoso.

Varias revisiones han abordado la eficacia o efectividad de las intervenciones psicosociales (p.ej. asesoramiento, terapia de resolución de problemas, intervenciones cognitivo-conductuales, psicoterapia) en la atención primaria (Corney 1992; Brown 1995; Friedli 1996; Rowland 2000; Bower 2002). Una característica general de las intervenciones psicosociales es que algún tipo de proceso psicológico comprende el centro dinámico del tratamiento del paciente. La conclusión general de estas

revisiones fue que las intervenciones psicosociales parecen más efectivas que la atención habitual administrada por el MG, pero que faltan pruebas clínicas claras. Rowland (2000) señala en su revisión sistemática (una versión actualizada en *The Cochrane Library* dirigida por Bower) sobre la orientación para la depresión que los cuatro estudios que pudieron incluirse tenían muchas deficiencias metodológicas, lo cual dificulta aún más la interpretación de la efectividad de estos estudios. Friedli 1996 sostiene que a pesar de algunas pruebas a favor de la efectividad del asesoramiento en la atención primaria, todavía se desconoce qué tipo de intervención psicosocial es útil para según que paciente en la atención primaria. Estas revisiones también demostraron lo difícil que es definir las "intervenciones psicosociales".

Sin embargo, las intervenciones psicosociales abordadas en las mencionadas revisiones fueron realizadas en su mayoría por trabajadores de atención primaria diferentes del MG (p.ej., enfermeras, asesores, psicólogos, psiquiatras, internistas) y dejaron planteada la cuestión de que las intervenciones psicosociales realizadas por los MG pueden ser efectivas. En una revisión narrativa sobre los abordajes psicoterapéuticos por parte de médicos generales, Cape 2000 llegó a la conclusión de que las pruebas preliminares para la efectividad clínica del tratamiento psicológico por médicos generales en las consultas habituales son escasas pero prometedoras.

Hay varias razones por las que el MG podría usar el conocimiento y las aptitudes para realizar intervenciones psicosociales en la atención primaria. Debido a que los pacientes llevan primero sus preocupaciones de salud a su MG, es aconsejable que todas las posibles opciones de tratamiento en la atención primaria se consideren antes de derivar a un paciente a la atención de especialistas. Este enfoque se conoce como el "principio de atención progresiva" (Davison 2000; Von Korff

2000). En segundo lugar, muchos médicos generales ya comenzaron a dedicar tiempo al apoyo de sus pacientes afligidos sin contar las herramientas adecuadas para estructurar estas consultas extendidas. Aunque estas visitas pueden ser útiles, la contribución al mejoramiento general a menudo parece pequeña con respecto a la inversión de tiempo. Por consiguiente, muchos MG se beneficiarían de aptitudes psicosociales que les permitieran usar su tiempo más eficientemente. En tercer lugar, el grado de éxito de cualquier clase de intervención psicosocial depende en gran medida de la confianza depositada en el prestador de atención. Debido a que los pacientes y los MG ya mantienen una relación, puede suponerse que se prefiere la familiaridad del consultorio del médico antes que visitar a un trabajador de atención primaria desconocido que no sea el MG. Finalmente, es recomendable seguir un enfoque holístico en la atención del paciente (Richardson 1989) en la que los médicos no sólo se dedican a los aspectos somáticos de la atención, sino que más bien intenten contribuir con el bienestar de los pacientes en todos los aspectos relacionados con la salud.

OBJETIVOS

En esta revisión, se intentó presentar una revisión sistemática de toda la literatura disponible que aborda la efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales. Un objetivo subyacente importante era evaluar en primer lugar si es aconsejable que los médicos generales administren intervenciones psicosociales, por los motivos expuestos. En la mayoría de los casos, son los psicólogos y los psiquiatras, no los médicos generales los que realizan las intervenciones psicosociales. Se tendría que haber comenzado con la evaluación de los efectos del entrenamiento de los médicos generales en la aplicación de intervenciones psicosociales y puesto el énfasis en la factibilidad. En cambio, se decidió investigar los efectos de las intervenciones psicosociales por parte de los MG sobre el bienestar de los pacientes, independientemente de la diversidad (y por consiguiente, imposibilidad de comparación) prevista en el tipo de intervenciones, los participantes y los resultados entre los estudios elegibles para la inclusión.

Los objetivos de esta revisión fueron:

- 1) Identificar todos los ensayos controlados aleatorios (ECA), los ensayos clínicos controlados (ECC) y los ensayos controlados de preferencia de pacientes (ECP) sobre intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales.
- 2) Evaluar la calidad metodológica y las características relevantes de los estudios seleccionados.
- 3) Evaluar la efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por médicos generales en comparación con el tratamiento de referencia ("atención habitual" u otra intervención experimental) mediante la revisión de los resultados clínicos de los estudios seleccionados.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Los estudios publicados antes de enero de 2002 fueron elegibles para la incorporación a la revisión. Se consideraron elegibles los ensayos identificados en todos los idiomas. Si era necesario, se buscaría ayuda en el Grupo de Colaboración Cochrane de Depresión, Neurosis y Ansiedad (CCDAN, de Cochrane Collaboration Depression Anxiety and Neurosis) a los fines de la traducción. Se realizó una actualización en noviembre de 2005, orientada a identificar los estudios que se publicaron después de 2002.

Todos los ECA, ECC y ECP que abordaron la efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por médicos generales se consideraron elegibles para la inclusión en el estudio. La preferencia de los pacientes por una determinada opción de tratamiento es una variable predictiva sólida para el cumplimiento del paciente y, por lo tanto, para la efectividad de la intervención. Por consiguiente, se incluirían en el estudio los ECP en los cuales los pacientes con una fuerte preferencia por un tratamiento en particular no se asignan al azar sino que se asignan al tratamiento de su elección.

Bower 2002 discutió los diferentes objetivos y diseños de los ensayos pragmáticos versus aclaratorios. El objetivo de los ensayos aclaratorios consiste en aislar los elementos activos de una intervención para determinar el potencial relativo del tratamiento en circunstancias sumamente controladas, mientras que los ensayos pragmáticos intentan determinar el valor relativo del tratamiento en el contexto de la práctica regular. Aunque los estudios aclaratorios contribuyen mejor al objetivo de esta revisión, también fueron elegibles algunos ensayos pragmáticos para la incorporación en la revisión, siempre que la intervención psicosocial fuera estandarizada hasta cierto punto (ver sección "Tipos de intervención").

Tipos de participantes

No hubo restricciones en el tipo de participantes en los estudios a seleccionar.

Tipos de intervención

Todos los ensayos que informaron la efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por MG fueron elegibles para la inclusión. Una dificultad metodológica fue la elección de una definición clara y objetiva para una intervención psicosocial. Rowland (Rowland 2000) y Bower (Bower 2002) presentan la definición de asesoramiento de la British Association for Counselling según sea adecuado para usar en sus revisiones sistemáticas. Sin embargo, el asesoramiento es, a grandes rasgos, "un enfoque no directivo" (Rowland 2000) si bien se decidió incluir otros enfoques más estructurados como las intervenciones cognitivo-conductuales o la terapia de resolución de problemas.

En esta revisión, una intervención psicosocial administrada por un MG debe cumplir con los siguientes criterios:

- 1) que un MG (médico familiar o médico de familia) administre explícitamente la intervención, aunque la intervención del MG puede compararse con una intervención similar administrada por un profesional de la salud diferente. El médico general puede ser el médico general habitual de los pacientes o un médico general de investigación especialmente asignado a los pacientes a los fines del estudio.
- 2) que la intervención sea un tratamiento sistemático en el que el centro dinámico es un proceso psicológico.
- 3) que la intervención conste de un número estandarizado de al menos dos contactos cara a cara entre el paciente y el MG. Se excluyen las intervenciones de sesiones únicas, para que las intervenciones psicosociales se distingan del breve asesoramiento psicosocial que suelen dar los médicos generales pero que no pueden considerarse como un tratamiento sistemático.

Los estudios se excluyeron si:

- 1) la intervención era una intervención psico/farmacológica.
- 2) el médico general era sólo uno de muchos intervencionistas y no se presentaron los resultados para cada disciplina (p.ej. médico general, enfermera, consejero) por separado.
- 3) las intervenciones psicosociales sólo se administraron en combinación con otros tipos de tratamiento (p.ej. placebo) farmacoterapia, fisioterapia) y no podía evaluarse la efectividad de la intervención psicosocial sola.

Tipos de medidas de resultado

Esta revisión no se restringió a un único trastorno, como la depresión, ya que esto resultaría en un alcance demasiado estrecho a los fines de la revisión. Debido a que no hubo restricciones relativas al tipo de participante, el tipo de trastorno, el problema, la queja o el tipo de intervención psicosocial, todas las medidas de resultado se revisaron y se evaluaron en relación con ellos. Cuando se informó más de una medida de resultado, se analizaron las medidas de resultado consideradas como las medidas de resultado principales. Para estar incluidos en la revisión, los estudios debían informar al menos uno de dos tipos de resultados:

- 1) tasas o números de mejoría (clínica) (p.ej., % de pacientes clínicamente recuperados)
- 2) puntuaciones en las escalas validadas relevantes (p.ej. Beck Depression Inventory, Hamilton Rating Scale for Depression, SCL-90)

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

La estrategia de búsqueda incluyó las siguientes fuentes:

- 1) Se realizaron búsquedas en los Registros de Ensayos Controlados de la Colaboración Cochrane de Depresión, Ansiedad y Neurosis (Cochrane Collaboration Depression Anxiety and Neurosis Controlled Trials Register)

(CCDANCTR-Studies and CCDANCTR-References) el 20/10/2005. Son registros especializados de estudios y referencia de ensayos que comparan las opciones de tratamiento dentro del alcance del CCDAN. El registro se actualiza trimestralmente, mediante la inclusión de los resultados de las búsquedas realizadas en *The Cochrane Library*, CINAHL, EMBASE, LILACS, MEDLINE, NRR, PSYCLIT, PSYCINFO, PSYINDEX y SIGLE. Además, se realiza la selección sistemática y trimestral de las revistas y las actas de congresos relevantes. Para obtener información sobre las estrategias completas de búsqueda, visitar www.iop.kcl.ac.uk/iop/ccdan.index.htm.

CCDANCTR-Studies
Intervention = Therapy

y
Setting = General Practice or Primary Care or Family Practice

CCDANCTR-References

Free-text = *Therapy

y
Free-text = General Practi* or Primary Care or Family Practice

La estrategia de búsqueda original de la CCDANCTR se encuentra en Tabla 01

2) *The Cochrane Library*. Evidentemente, algunos estudios identificados anteriormente por la selección de las revistas no aparecieron en la primera búsqueda del CCDAN-CTR. El Coordinador de Búsqueda de Ensayos, Hugh McGuire, por consiguiente, realizó búsquedas adicionales en *The Cochrane Library* (números 2001-2 a 2002-1), utilizando la siguiente estrategia de búsqueda:

(GENERAL and PRACT*)
(FAMILY and PRACT*)
(PRIMARY and CARE)
(PRIMARY and (HEALTH and CARE))
(FAMILY and DOCTOR*) (FAMILY and PHYSIC*)
GP*(((#1 or #2) or #3) or #4) or #5) or #6) or #7)
PSYCHOTHERAPY
COGNITIV*
BEHAVIOR
BEHAVIOUR
PSYCHOANALYTIC
MARITAL
COUNSELLING
THERAP*
PSYCHO*
(((#10 or #11) or #12) or #13) or #14) or #17) (#18 and #16)
((#15 or #19) or #9) (#8 and #20)

3) Se investigó en las listas de referencias de los estudios relevantes para recuperar estudios adicionales no identificados en las búsquedas realizadas en las bases de datos mencionadas anteriormente. Este proceso se conoce como rastreo de las citas.

4) Se estableció comunicación personal con expertos en el ámbito (CCDAN y otros).

5) Se realizó una búsqueda actualizada en noviembre de 2005.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Selección de estudios

Dos autores (MH y AB) realizaron la selección independiente de los resúmenes de los estudios recuperados por las búsquedas electrónicas. MH y AB también seleccionaron los estudios identificados mediante el rastreo de las citas o la comunicación personal. Los criterios de elegibilidad se utilizaron para seleccionar los estudios relevantes. Los desacuerdos entre MH y AB acerca de la selección de un ensayo se resolvieron por discusión entre MH, AB y un tercer revisor (GB). Por lo tanto, se estableció una selección final de los estudios. Debido a que los revisores conocían algunos de los estudios de antemano, se decidió que los estudios no se cegarían para la evaluación.

Calidad metodológica

Dos revisores, AB y GB, evaluaron la calidad metodológica de los estudios de forma independiente mediante la Lista de Criterios de Maastricht-Amsterdam (MACL) (Van Tulder 1997)). En caso de desacuerdo entre AB y GB, un tercer revisor (MH) participó en la calificación de la calidad metodológica. De este modo, se permitió que los revisores ajusten las asignaciones de puntuaciones. Si los autores proporcionaban información adicional sobre las características de los estudios a solicitud, esta información se usó en la puntuación de los ítems de la MACL.

La Lista de Criterios Maastricht-Amsterdam (MACL) se desarrolló originalmente en el ámbito de los trastornos musculoesqueléticos, pero se sabe que produce calificaciones de calidad no específicas de la enfermedad. Además, la MACL incluye todos los criterios de otras escalas de calidad importantes como la Lista de Jadad (Jadad 1996) y la lista Delphi (Verhagen 1998)). La MACL contiene 17 ítems para evaluar la validez interna (p.ej., sesgo de selección, sesgo de realización, sesgo de deserción y sesgo de detección, diez ítems), la validez externa (criterios descriptivos, cinco ítems) y los aspectos estadísticos (dos ítems). La puntuación total de la MACL puede oscilar entre 0 y 17. Para prevenir diferentes interpretaciones entre los revisores de las características de los estudios, cada ítem de la MACL se explica en otro apéndice que proporciona aplicaciones uniformes de los criterios. A pesar de este apéndice, dos ítems sobre la aceptabilidad del cumplimiento y el retiro plantearon preguntas acerca de la interpretación apropiada entre los revisores. Por consiguiente, el cumplimiento aceptable se definió como la asistencia del 75% de los pacientes de todos los grupos de tratamiento a todas las sesiones de tratamiento y el retiro/abandono aceptable, como un 80% de todos los pacientes de todos los grupos del estudio que completaron todas las evaluaciones del estudio, además del apéndice original.

Extracción de los datos

Las características de estudio (es decir, las características cualitativas y cuantitativas) de los ensayos seleccionados se obtuvieron con el uso de un formulario de obtención de datos especialmente diseñado por dos revisores (AB y GB) de forma independiente. Los desacuerdos entre AB y GB se resolvieron mediante la discusión entre AB, GB y MH. La información faltante se obtuvo a partir de los investigadores cuando fue posible. Se extrajeron las siguientes características de estudio: el tamaño de estudio (total, por grupos), el número de MG activos, el número de prácticas, los criterios de inclusión, el tipo de intervención (contenido, número de sesiones, duración de las sesiones), el tipo de enfermedad de control, el entrenamiento de los MG (contenido, número de sesiones, duración de las sesiones), la supervisión de los MG (contenido, número de sesiones, duración de las sesiones), la prueba de integridad (contenido), el resultado del estudio (efectos principales, cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, retiro de las evaluaciones del estudio) y la conclusión general de los autores.

Análisis estadístico

Aunque los estudios seleccionados fueron muy heterogéneos en cuanto a los tipos de intervenciones, los tipos de quejas, la población de estudio y las medidas de resultado, se realizaron metanálisis si al menos dos estudios presentaron datos sobre un resultado en particular de una intervención clínicamente comparable y un período de seguimiento similar.

Los análisis se realizaron mediante el programa informático Review Manager. Para los resultados dicotómicos, se calcularon los riesgos relativos y para los resultados continuos, las diferencias de medias ponderadas. Cuando no estaban disponibles las desviaciones estándar, se calcularon las imputaciones según el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas (sección 8.5.2). El modelo de efectos aleatorios se usó como método predeterminado de análisis debido a la potencial heterogeneidad estadística entre los estudios. La heterogeneidad se investigó al evaluar si los intervalos de confianza relativos a los tamaños del efecto individuales de los estudios agrupados se superpusieron suficientemente, y si se describieron adecuadamente en los resultados.

Si los resultados se presentaron como datos dicotómicos, se calcularon los números necesarios a tratar y para dañar de la última variable de evaluación disponible, además de los metanálisis. Se utilizó la denotación como lo sugirió Altman (Altman 1998)): el número de pacientes que debieron tratarse para que un paciente adicional sea beneficiado o dañado se indica como NNTB (beneficio, puntuación positiva) o NNTD (daño, puntuación negativa), con intervalos de confianza que incluyen "infinito" si fuera necesario (por ejemplo, NNTB 10; IC = NNTD 20 a infinito a NNTB 4). Si el intervalo de confianza se limita a puntuaciones positivas (p.ej. IC = NNTB 5 a NNTB 15) o a puntuaciones negativas y, por consiguiente, no incluye infinito, el número necesario a tratar es estadísticamente significativo.

Niveles de evidencia

Para un enfoque más cualitativo, se usaron los denominados "niveles de las pruebas" (Van Tulder 1997; Van Tulder 2001; Ostelo 2002)). Esta escala de calificación permite a los revisores resumir la fuerza de las pruebas científicas al clasificar los resultados de los estudios con intervenciones comparables y medidas de resultado más o menos comparables en uno de cuatro niveles:

1. pruebas convincentes: proporcionadas por hallazgos generalmente consistentes en dos o más estudios de alta calidad.
2. pruebas moderadas: proporcionadas por hallazgos generalmente consistentes en un estudio de alta calidad y en uno o más estudios de baja calidad o por hallazgos generalmente consistentes en dos o más estudios de baja calidad
3. pruebas limitadas o contradictorias: sólo un estudio (de alta o baja calidad) o hallazgos inconsistentes de dos o más estudios.
4. ninguna prueba: ningún estudio.

Los estudios de calidad alta se definieron como estudios que cumplieron con cinco o más de los diez ítems de la MACL sobre validez interna (rango 0 a 10). En general, los resultados consistentes se definieron como un 75% o más de los estudios que tenían resultados estadísticamente significativos en la misma dirección.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Selección de estudios

Las búsquedas electrónicas de las bases de datos produjeron 179 referencias en el registro de ensayos del CCDAN y 436 referencias en The Cochrane Library. De éstas, 42 artículos de texto completo se recuperaron en base al título y resumen para someterse a cribaje para su elegibilidad. Además, nueve artículos se identificaron mediante el rastreo de las citas o la comunicación personal y se recuperaron para una selección adicional. De estos 51 documentos de texto completo, 19 artículos se seleccionaron para una lectura adicional. Se estableció contacto con ocho autores para obtener información adicional o datos no publicados y siete autores respondieron a las solicitudes. Este proceso arrojó ocho estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad y que se incluyeron en la revisión (Tabla de estudios incluidos). Los 36 estudios restantes (43 artículos) se excluyeron de la revisión (Características de los estudios excluidos). En un estudio incluido (Mynors-Wallis 1995), los terapeutas eran dos médicos generales de investigación y un psiquiatra. Debido a que los efectos no fueron diferentes para los dos MG en comparación con el psiquiatra, se decidió incluir el estudio en la revisión, a pesar de que no se presentaron los efectos para el MG por separado. En un segundo estudio incluido (Lidbeck 1997), el terapeuta que realizaba todas las intervenciones era un médico entrenado en medicina familiar y en medicina interna y social que trabajaba en una unidad de medicina preventiva en atención primaria, lo que planteó ciertas dudas acerca de la posibilidad de clasificar a este terapeuta como un típico médico general.

Sin embargo, debido a que el estudio cumplió formalmente con los criterios de inclusión, se decidió incluirlo en la revisión.

La búsqueda actualizada en 2005 produjo 97 referencias, y cuatro artículos de texto completo se recuperaron y se seleccionaron para su posterior lectura. Se estableció contacto con un autor para obtener información adicional. Dos estudios publicados después del 2002 cumplieron los criterios de elegibilidad y se incluyeron en la revisión.

Estudios excluidos

De los 36 estudios recuperados inicialmente pero finalmente excluidos de la revisión, 11 estudios se excluyeron porque la intervención no fue realizada por un MG (Barkham 1989; Issakidis 1999; McLeod 1997; Ockene I 1999; Ockene J 1991; Peveler 1999; Scott 1997; Skinner 1984; Swinson 1992; Wadden 1997; White 1990). Siete estudios se excluyeron porque la intervención no era una intervención psicosocial según la definición propuesta (Beusterien 2000; Bowman 2000; Durand 2002; Katzelnick 2000; King 1998; Kottke 1989; Wallace 1988). Otros siete estudios se excluyeron porque la intervención fue administrada por un grupo de MG y otros profesionales de la salud (p.ej. enfermeras practicantes, internistas generalistas, psiquiatras), sin análisis separados para cada disciplina presentada (Blomhoff 2001; Fleming 1997; Fleming 1999; Goldstein 1999; Patel 1988; Pill 1998; Simkin 1997). En uno de estos estudios, la intervención constaba de dos partes administradas por un MG y una enfermera (Patel 1988). En seis estudios, no se cumplió con el criterio de selección en al menos dos sesiones estandarizadas de intervención: en cuatro estudios, los estudios de intervención consistían en una sola sesión (Anderson 1992; Brody 1990; Calfas 1996; Horst 1997) mientras en otros dos estudios, no se especificó un número determinado de sesiones de intervención estandarizadas (Catalan 1984; King 2002). En estos últimos dos estudios, el centro de atención fue el entrenamiento de los MG en la aplicación de una intervención psicosocial, en lugar de la aplicación de la intervención misma. En consecuencia, el número de sesiones de intervención no se controló explícitamente, y a menudo se desconoció incluso si los MG aplicaban sus nuevas aptitudes, como indicó uno de los autores. Tres estudios se excluyeron porque el diseño de estudio no era el de un ECA, ECC ni ECPP (Baillargeon 1998; Gask 1992; Morriss 1999). En dos estudios, no fue posible evaluar los efectos de la intervención psicosocial "aislada", ya que la intervención sólo se administró en combinación con otro tratamiento (chicle de nicotina y tratamiento antidepresivo (placebo)) (Malt 1999; Wilson 1988)).

De los dos estudios excluidos en 2005, un estudio sólo evaluó los resultados relacionados con los médicos generales que participaron (Heatley 2005), mientras que el segundo estudio evaluó una intervención que no exigía un mínimo de dos sesiones estandarizadas (Whitehead 2002)).

Características de los estudios

Las características más importantes y los resultados de los estudios incluidos se resumieron en la tabla "Características de

los estudios incluidos". En la sección "notas" de esta tabla, se presenta información adicional relativa al incumplimiento de los pacientes del tratamiento (p.ej. asistencia a sesiones), retiro de los pacientes de las evaluaciones de los estudios (es decir, abandono, pérdida durante el seguimiento) y el uso de pruebas de integridad (evaluación del cumplimiento del MG con el protocolo del tratamiento).

Los diez estudios incluidos informaron la efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por médicos generales para los siguientes motivos de consulta o trastornos: depresión (Mynors-Wallis 1995; Mynors-Wallis 2000), somatización (Blankenstein 2001; Lidbeck 1997; Larisch 2004), adicción al tabaco (Richmond 1985; Segnan 1991) consumo excesivo de alcohol (McIntosh 1997; Richmond 1995), y fatiga idiopática (Huibers 2004)).

CALIDAD METODOLÓGICA

Para la calificación de la calidad metodológica (alta o baja), se utilizaron los diez ítems de la MACL sobre validez interna. En total, siete estudios (Blankenstein 2001; Lidbeck 1997; McIntosh 1997; Mynors-Wallis 1995; Mynors-Wallis 2000; Segnan 1991; Huibers 2004) tuvieron una calidad metodológica alta (cinco puntos o más), y tres estudios (Richmond 1985; Richmond 1995; Larisch 2004) tuvieron una calidad metodológica baja (menos de cinco puntos). Los detalles de las puntuaciones individuales de la MACL no se informan aquí, pero están en poder del revisor principal.

RESULTADOS

Estudios sobre depresión

En dos ECA de alta calidad realizados por el mismo grupo de investigación (Mynors-Wallis 1995, Mynors-Wallis 2000), los efectos de la terapia de resolución de problemas (TSP) en seis sesiones administrada por un médico general sobre la depresión mayor, se compararon con un TSP administrado por una enfermera titulada, un tratamiento antidepresivo, un tratamiento con placebo o un tratamiento combinado (TSP más antidepresivos).

En el estudio de 1995, el TSP administrado por uno de los dos MG (y un psiquiatra) fue superior al tratamiento con placebo combinado con apoyo general en la depresión y el funcionamiento social, pero no en los síntomas psicológicos a las 12 semanas del seguimiento. El NNTB del TSP en comparación con el del tratamiento con placebo fue de 3 (IC del 95%: NNTB 1,75 a NNTB 10,29). No hubo diferencias en el efecto entre el TSP y el tratamiento antidepresivo (amitriptilina) combinado con el apoyo general a las 12 semanas del seguimiento. El NNTB del TSP comparado con el tratamiento antidepresivo fue de 11,92 (IC del 95%: NNTD de 6,08 a infinito a NNTB 3,01).

En el estudio de 2000, los efectos del TSP administrado por uno de los tres MG en la depresión, los síntomas psicológicos o el funcionamiento social no fueron diferentes en comparación con los efectos del TSP administrado por una enfermera de práctica, el tratamiento antidepresivo o el tratamiento combinado a las 52 semanas del seguimiento. El NNTB del TSP administrado por un MG fue de 18,38 (IC del 95%: NNTD 6,21 a infinito a NNTB 3,71) en comparación con el TSP administrado por una enfermera de práctica y de 16,71 (IC del 95%: NNTD 6,13 a infinito a NNTB 3,53) en comparación con la medicación antidepresiva. El NNTD del TSP administrado por un MG en comparación con el tratamiento combinado fue de 23,95 (IC del 95%: NNTD 3,83 a infinito a NNTB 5,63).

Ambos estudios informaron medidas de resultado equivalentes para el TSP administrado por un MG y el tratamiento antidepresivo a las 12 semanas y varios datos se metanalizaron. No hubo diferencias entre el TSP administrado por un MG y el tratamiento antidepresivo en la recuperación (puntuación de la Escala de Calificación de Hamilton de 7 o inferior), la depresión (Escala de Calificación de Hamilton e Inventario de Depresión de Beck) ni en el funcionamiento social (Escala de Ajuste Social). El riesgo relativo combinado para la recuperación del TSP administrado por un MG en comparación con el tratamiento antidepresivo fue de 0,93 (IC del 95%: 0,62 a 1,39). La diferencia de medias ponderada entre el TSP administrado por un MG y el tratamiento antidepresivo fue de 0,77 (IC del 95%: -2,45 a 4) en la Escala de Calificación de Hamilton y de -1,12 (IC del 95%: -4,75 a 2,51) en el Inventario de Depresión de Beck. La evaluación de los intervalos de confianza relativos a las diferencias de medias ponderadas en la escala de ajuste social reveló heterogeneidad estadística entre los dos estudios. Por consiguiente, se decidió no agrupar las puntuaciones de esta escala.

Hay pruebas convincentes (nivel 1) de que el tratamiento de resolución de problemas administrado por un MG no es menos efectivo que el tratamiento antidepresivo en la depresión, los síntomas psicológicos ni en el funcionamiento social. Hay pruebas limitadas (nivel 3) de que el tratamiento de resolución de problemas administrado por un MG es más efectivo que el tratamiento con placebo en la depresión y en el funcionamiento social. Finalmente, hay pruebas limitadas (nivel 3) de que el tratamiento de resolución de problemas administrado por un MG no es menos efectivo que el tratamiento de resolución de problemas administrado por una enfermera de práctica o que el tratamiento combinado en la depresión, los síntomas psicológicos ni en el funcionamiento social.

Estudios sobre somatización

Dos ECA de alta calidad y un estudio de baja calidad evaluaron la efectividad de una intervención psicosocial administrada por un médico general en la somatización.

En un estudio (Blankenstein 2001), los efectos de una intervención de retribución adaptada y modificada de dos a tres sesiones administrada por uno de los diez MG se

compararon con los efectos de la atención habitual. A los dos años de seguimiento, la intervención de retribución fue superior a la atención habitual en todas las medidas de resultado primarias (consumo de recursos médicos, salud subjetiva y licencia por enfermedad) y en la somatización de las medidas de resultado secundarias, aunque ninguno de los pacientes se recuperó completamente (no se informaron los datos).

En un segundo estudio (Lidbeck 1997), se compararon los efectos de la terapia cognitivo-conductual grupal de ocho sesiones administrada por el autor, con una enfermedad en lista de espera. A los seis meses del seguimiento, la terapia grupal fue superior a la enfermedad en lista de espera en la conducta del enfermo, la hipocondriasis y el uso de medicación, pero no en los problemas sociales, la ansiedad, la depresión ni el sueño.

Un tercer estudio (Larisch 2004), los efectos del entrenamiento adicional de retribución combinado con la atención primaria psicosocial estándar de seis sesiones (PPC) administrado por uno de los 20 médicos generales se compararon con los efectos de la PPC estándar sola. A los seis meses de seguimiento, no hubo diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en la ansiedad, la depresión, la calidad de vida o la salud mental, salvo por una pequeña diferencia en el número de síntomas físicos.

Ninguno de estos estudios presentó los datos relacionados con la recuperación. Por consiguiente, no fue posible realizar cálculos de NNT. Debido a que las intervenciones, las medidas de resultado y el momento adecuado de la evaluación no eran comparables entre ambos estudios, no se realizaron metanálisis.

Hay pruebas limitadas (nivel 3) de que la intervención de retribución administrada por un MG es más efectiva que la atención habitual en el consumo de recursos médicos, la salud subjetiva, la licencia por enfermedad y la somatización. Existen pruebas limitadas (nivel 3) acerca de que la incorporación de entrenamiento de retribución a la atención primaria psicosocial no sea más efectiva que la PPC sola. También hay pruebas limitadas (nivel 3) de que la terapia cognitivo-conductual grupal administrada por un MG es más efectiva en la conducta de enfermo, la hipocondriasis y el uso de medicación.

Estudios sobre abandono del hábito de fumar

En un ECA de alta calidad y un ECC de baja calidad se evaluaron los efectos del asesoramiento administrado por un MG en el abandono del hábito de fumar.

En el estudio de alta calidad (Segnan 1991), los efectos del "asesoramiento repetido" (AR) de cinco sesiones administrado por uno de los 44 MG no fueron diferentes en comparación con los efectos de una intervención mínima (IM) de una sesión, con el asesoramiento repetido más el chicle de nicotina (AR + chicle) ni con el asesoramiento repetido más la espirometría (AR + espirometría): las tasas de abstinencia de tabaco validadas bioquímicamente consideradas a los 12 meses del seguimiento fueron del 4,8%, 5,5%, 7,5% y 6,5% respectivamente. El NNTB de AR en comparación con IM fue de 162,38 (IC del 95%:

NNTD 18,64 a infinito a NNTB 15,16). El NNTD de AR fue de 49,29 (IC del 95%: NNTD 16,51 a infinito a NNTB 49,93) en comparación con AR + chicle y de 95,02 (IC del 95%: NNTD 20,19 a infinito a NNTB 35,11) comparado con AR + espirometría.

En el estudio de baja calidad (Richmond 1985), el asesoramiento para el abandono del hábito de fumar de seis sesiones administrado por uno de los tres MG fue superior a una intervención mínima (atención habitual y uso de un diario) que constaba de dos sesiones: a los seis meses del seguimiento, el 33% de los pacientes del grupo de asesoramiento recibió una validación bioquímica de abstinentes de tabaco versus el 3% del grupo de intervención mínima. El NNTB del asesoramiento en comparación con la intervención mínima fue de 3,33 (IC del 95%: NNTB 2,51 a NNTB 4,95).

La evaluación de los intervalos de confianza relativos al tamaño del efecto reveló una heterogeneidad estadística entre ambos estudios, posiblemente debido a las diferencias en la calidad metodológica, ya que las intervenciones parecían ser bastante similares. Por consiguiente, se decidió que las tasas de abstinencia de ambos estudios no deben agruparse.

Hay pruebas contradictorias (nivel 3) de que el asesoramiento administrado por un MG es más efectivo o no es menos efectivo que la intervención mínima en la conducta de los fumadores. Hay pruebas limitadas (nivel 3) de que el asesoramiento administrado por un MG no es menos efectivo que el asesoramiento más el chicle de nicotina o el asesoramiento más la espirometría administrada por un MG en la conducta de los fumadores.

Estudios sobre disminución del consumo de alcohol

En un ECA de alta calidad y un ECC de baja calidad se evaluó la efectividad de una intervención psicosocial administrada por un MG en el consumo de alcohol.

En el estudio de alta calidad (McIntosh 1997), los efectos de una intervención conductual cognitiva (ICC) de dos sesiones administrada por un MG de investigación se compararon con los de una ICC administrada por una enfermera practicante y con el asesoramiento breve de una sesión administrado por uno de los 12 MG regulares. A los 12 meses del seguimiento, no se observaron diferencias entre los grupos en el consumo de alcohol (cantidad, frecuencia) ni en los problemas relacionados con el alcohol, aunque hubo una disminución general en estos resultados en todos los grupos.

En el estudio de baja calidad (Richmond 1995), los efectos de un programa de cambio conductual de cinco sesiones (Alcoholscreen) administrado por uno de los 119 MG se compararon con el asesoramiento breve de una sesión para dejar de beber, con la evaluación de la conducta relacionada con el alcohol sola y con la medición durante el seguimiento sola. A los 12 meses del seguimiento, no se observaron diferencias entre los grupos en el consumo de alcohol (% de pacientes que bebían por encima de nivel de consumo predefinido) ni en los problemas relacionados con el alcohol, aunque el programa

Alcoholscreen fue superior a otras intervenciones de tratamiento si se analizan sólo los pacientes que asistieron a dos sesiones o más.

No se informaron los datos de la recuperación, por lo tanto no se pudo calcular los NNTB ni los NNTD. Debido a que las intervenciones y las medidas de resultado fueron (parcialmente) incomparables para los dos estudios, no se realizaron metanálisis.

Hay pruebas limitadas (nivel 3) de que una intervención conductual cognitiva administrada por un MG no es más efectiva que una intervención conductual cognitiva administrada por una enfermera practicante ni que el asesoramiento breve en el consumo de alcohol ni en los problemas relacionados con el alcohol. Además, hay pruebas limitadas (nivel 3) de que un programa de cambio conductual no es más efectivo que el asesoramiento breve, la evaluación de la conducta relacionada con el alcohol sola o la medición de seguimiento sola en el consumo de alcohol ni en los problemas relacionados con el alcohol.

Estudios de fatiga idiopática

En un ECA de alta calidad (Huibers 2004), los efectos de cinco a siete sesiones de terapia cognitivo-conductual administrada por médicos generales se compararon con los efectos de la ausencia de tratamiento o la atención habitual en un grupo de empleados con ausentismo laboral por fatiga idiopática. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la fatiga, el ausentismo o la recuperación clínica, a los 12 meses de seguimiento o en cualquier otro punto temporal. El NNTD de la terapia cognitivo-conductual en comparación con la atención habitual fue de 11,89 (IC del 95%: NNTD 4,25 a infinito a NNTB 14,92).

Existen pruebas limitadas (nivel 3) acerca de que la terapia cognitivo-conductual no es más eficaz que la ausencia de tratamiento o la atención habitual para la fatiga idiopática entre los empleados.

DISCUSIÓN

Efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales

En esta revisión, el objetivo principal fue proporcionar un esquema general sistemático de las pruebas disponibles sobre los efectos de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales en la atención primaria. No es sorprendente que resultara imposible establecer una conclusión general en cuanto a la efectividad de las "intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales", ya que los diez estudios seleccionados no eran comparables en diversos aspectos (p.ej. intervención, medida de resultado, población de pacientes). En estas circunstancias, la clasificación de los resultados disponibles en un único "nivel de pruebas" es inapropiada.

En cambio, se halló que las pruebas disponibles abordaron diferentes intervenciones psicosociales para cinco trastornos o motivos de consulta diferentes (depresión, somatización, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y fatiga). Hay algunas pruebas de que el tratamiento de resolución de problemas (TSP) administrado por un MG es efectivo en el tratamiento de la depresión mayor: hay pruebas convincentes (nivel 1) aportadas por dos estudios de que el TSP no es menos efectivo que el tratamiento antidepresivo, mientras que hay pruebas limitadas (nivel 3) de que el TSP es más efectivo que el tratamiento con placebo y no es menos efectivo que el TSP administrado por una enfermera practicante ni que el tratamiento combinado. Estos hallazgos deben interpretarse con especial cautela: los dos estudios sobre TSP fueron realizados por el mismo equipo de investigación y los grupos que constaban de sólo 30 a 40 pacientes fueron tratados por un pequeño número de médicos generales de investigación altamente capacitados, lo cual limita la interpretación del típico médico general.

En cuanto al tratamiento de la somatización, existen pruebas limitadas (nivel 3) de que una intervención de reatribución administrada por un médico general y una terapia cognitivo-conductual grupal administrada por un médico general sean más efectivas que la atención habitual administrada por un médico general, y también existen pruebas limitadas de que la incorporación de un entrenamiento de reatribución a la atención psicosocial primaria habitual (APP) no resulte más efectiva que la APP sola. Dos estudios proporcionan pruebas contradictorias (nivel 3) de que el asesoramiento administrado por un MG es más efectivo o no menos efectivo que una intervención mínima para ayudar a los pacientes a dejar de fumar, mientras que hay pruebas limitadas (nivel 3) de que el asesoramiento administrado por un MG no es menos efectivo que el asesoramiento más la prescripción de chicle de nicotina ni que el uso de espirometría. Se señala que los resultados de otra revisión indican un pequeño beneficio obtenido mediante el asesoramiento breve de los médicos y un pequeño beneficio adicional del asesoramiento más intensivo (Silagy 2003)). Las intervenciones conductuales administradas por un médico general para reducir el consumo de alcohol no resultarían más efectivas que otras intervenciones más simples: hay pruebas limitadas (nivel 3) de que una intervención conductual cognitiva (ICC) administrada por un MG no es más efectiva que una ICC administrada por una enfermera practicante ni que el asesoramiento breve y hay pruebas limitadas de que un programa de cambio conductual no es más efectivo que el asesoramiento breve, la evaluación de la conducta relacionada con el alcohol sola ni que las evaluaciones de seguimiento solas. Finalmente, existen pruebas limitadas (nivel 3) acerca de que la terapia cognitivo-conductual administrada por un médico general no es más eficaz que la ausencia de tratamiento o la atención habitual para la fatiga idiopática entre los empleados.

En resumen, a pesar de la calidad metodológica bastante buena y de los resultados positivos de algunos estudios, las pruebas para la efectividad de las intervenciones psicosociales

administradas por los médicos generales no exceden el nivel 3 (pruebas limitadas o contradictorias), excepto las pruebas convincentes de que el tratamiento de resolución de problemas no es menos efectivo que el tratamiento antidepresivo para la depresión.

Calidad metodológica

De acuerdo con los estudios anteriores (Van Tulder 1997; Van Tulder 2001; Ostelo 2002), se utilizaron los criterios de validez interna de la MACL para clasificar la calidad metodológica, ya que la validez interna refleja mejor los aspectos metodológicos esenciales necesarios para lograr una buena calidad (y ausencia de sesgo). La MACL posee un apéndice aclaratorio que resultó útil, pero no siempre suficiente. En especial los ítems sobre la aceptabilidad del cumplimiento y el retiro plantearon un problema a los revisores, ya que la "aceptabilidad" no se definió en parte o medida alguna. Por consiguiente, se decidió definir el cumplimiento aceptable como la asistencia del 75% de los pacientes de todos los grupos de tratamiento a todas las sesiones de tratamiento y el retiro/abandono aceptable, como un 80% de todos los pacientes de todos los grupos del estudio que completaron todas las evaluaciones del estudio.

Siete de cada diez estudios seleccionados presentaron una calidad metodológica satisfactoria. Aunque los ensayos controlados de preferencia de pacientes también eran elegibles, sólo los ensayos controlados aleatorios (siete estudios de alta calidad) y los ensayos clínicos controlados (dos estudios de baja calidad) cumplieron con los criterios de elegibilidad para la revisión. Como era de esperar, ninguno de los estudios seleccionados informó cegamiento de los pacientes ni de los MG. La información sobre la manera de evitar o sobre la comparabilidad de las cointervenciones fue deficiente en todos los estudios excepto uno: seis estudios ni siquiera mencionaron este tema (Blankenstein 2001; Lidbeck 1997; Richmond 1985; Richmond 1995; McIntosh 1997; Larisch 2004) y tres (Mynors-Wallis 1995; Mynors-Wallis 2000; Segnan 1991) proporcionaron muy poca información al respecto. Solamente tres estudios lograron un cumplimiento aceptable del tratamiento, lo que representa un indicio de la aceptabilidad del tratamiento por parte de los pacientes (Lidbeck 1997; McIntosh 1997; Huibers 2004), mientras que las tasas de retiros fueron aceptables en sólo la mitad de los estudios (Blankenstein 2001; Lidbeck 1997; McIntosh 1997; Segnan 1991; Huibers 2004)). Esto último es de especial interés, ya que las tasas inadmisibles de retiro/abandono, especialmente debido al retiro selectivo, representan una amenaza principal para la validez de los resultados.

En general, debe señalarse que muchos estudios presentaron datos deficientes sobre la supervisión y el entrenamiento de los MG durante el ensayo, el uso de los protocolos de tratamiento, la realización de pruebas de integridad, el cumplimiento de los pacientes aparte de la asistencia a las sesiones, la naturaleza de la atención habitual (¿qué atención recibieron los pacientes exactamente?), las cointervenciones recibidas, los análisis de subgrupos o los análisis pronósticos (¿qué pacientes se

benefician más?). Sólo dos estudios informaron que se supervisó a los médicos generales durante todo el ensayo (Mynors-Wallis 2000; Huibers 2004). En ocho estudios se mencionó que los médicos generales estaban entrenados (Blankenstein 2001; Lidbeck 1997; Mynors-Wallis 1995; Mynors-Wallis 2000; Richmond 1995; Segnan 1991; Huibers 2004; Larisch 2004), pero sólo cuatro estudios explicaron, hasta cierto punto, el contenido específico del entrenamiento (Blankenstein 2001; Mynors-Wallis 1995; Mynors-Wallis 2000; Larisch 2004). Dos estudios informaron el uso de un protocolo de tratamiento (Larisch 2004; Huibers 2004). Dos estudios informaron la realización de verificaciones de integridad (Segnan 1991; Huibers 2004). Los detalles sobre otros aspectos (cumplimiento, naturaleza de la atención habitual, cointervenciones, análisis de subgrupos/pronósticos) fueron generalmente insuficientes, en los casos en que se mencionaron. Esta falta de información esencial dificulta la interpretación de los resultados de los estudios. Una conclusión similar se estableció en la revisión realizada por Rowland y Bower (Rowland 2000; Bower 2002)). Especialmente en este ámbito de investigación, en el cual es prácticamente imposible el cegamiento de los pacientes y de los cuidadores, una descripción minuciosa de todos los factores que pueden introducir el sesgo es de suma importancia.

Aspectos metodológicos de la revisión

Se indicó anteriormente que es difícil definir las "intervenciones psicosociales". Se eligió deliberadamente una definición bastante conservadora, lo que ha afectado la inclusión de los estudios. Por ejemplo, varios estudios identificados inicialmente no se incluyeron porque las intervenciones no comprendían al menos dos sesiones estandarizadas de tratamiento. Sin embargo, los revisores creen que es apropiado ya que el enfoque está en las intervenciones psicosociales que no se limitan al asesoramiento conciso. En otros estudios excluidos, las intervenciones psicosociales fueron administradas por los médicos generales y otros profesionales de la salud (en los Estados Unidos, es habitual que tanto los "médicos familiares" como los internistas generales trabajen en la atención primaria). A pesar de ello, se tiene la certeza de que estas restricciones permitieron realizar evaluaciones claras de las pruebas disponibles: una inclusión más amplia de estudios habría generado aun más imposibilidad de comparación entre los estudios, y no habría agregado información o bien, habría agregado información sesgada a las pruebas obtenidas en esta revisión.

Otro tema importante fue abordado por Van Tulder (Van Tulder 2001) cuando expresó que "no quedaba claro si la lista de criterios [...] evalúa la calidad del estudio o la calidad de la publicación". Se utilizó toda información adicional proporcionada por los autores a solicitud para calificar los criterios de calidad. Debido a que se estableció contacto principalmente con los autores en caso de que se necesitara información adicional sobre la intervención para determinar la elegibilidad, el uso de la información no publicada quizá haya estado a favor de los estudios en los cuales las descripciones

de la intervención estaban menos claras. Esto ilustra la necesidad de guías claras como se propone en la declaración CONSORT. O bien, como lo han afirmado los miembros del grupo CONSORT: "A pesar de varias décadas de esfuerzos educacionales, la manera de informar los ECA necesita mejorar" (Moher 2001)).

Resumen

Los resultados de esta revisión no permiten una conclusión general relativa a la efectividad de las "intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales". Las pruebas disponibles abordaron diferentes intervenciones psicosociales para cinco trastornos o motivos de consulta de salud diferentes. Los resultados de la terapia de resolución de problemas administrada por los médicos generales son prometedores para la depresión mayor, aunque todavía hay que evaluar la efectividad en el contexto de la práctica regular. Las pruebas a favor de las intervenciones restantes (reatribución o terapia cognitivo-conductual grupal para la somatización, asesoramiento para el abandono del hábito de fumar, intervenciones conductuales para reducir el consumo de alcohol, terapia cognitivo-conductual para la fatiga idiopática) son limitadas o contradictorias. Este hallazgo en parte puede explicarse por la imposibilidad de comparación de las intervenciones y el número pequeño de estudios incluidos. Por consiguiente, las pruebas tienen que interpretarse con cautela: no hay evidencias sólidas de la efectividad ni de la ausencia de efectividad de estas intervenciones. La calidad metodológica de los estudios fue bastante satisfactoria, aunque la mayoría de los estudios presentaron datos deficientes sobre las características relevantes del estudio que tienen probabilidad de influir en la validez de los resultados.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

El tema de investigación de esta revisión fue: "¿las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales son efectivas?". La pregunta fundamental para la práctica diaria fue: "¿es aconsejable que los médicos generales administren las intervenciones psicosociales?" La respuesta a ambas preguntas es que todavía hay que esperar para ver qué sucede. Hay un vacío de conocimiento basado en las pruebas: debido al número pequeño de estudios disponibles y a la imposibilidad de comparación entre las intervenciones psicosociales, las pruebas para el uso de tales intervenciones en su mayor parte están limitadas y no permiten establecer conclusiones generales en cuanto a la efectividad, o la ineffectividad, de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales. El tratamiento de resolución de problemas administrado por MG sumamente experimentados parece una herramienta alentadora en el tratamiento de los pacientes deprimidos, aunque aún debe demostrarse la efectividad de esta intervención administrada por los MG regulares en la atención regular.

La mayoría de los problemas psicológicos o psicosociales de la atención primaria son vagos y difusos por naturaleza, en contraposición con los problemas bien definidos y a menudo diagnosticados que se tratan en la atención de especialistas. Las pruebas moderadas o limitadas de las intervenciones psicosociales presentadas en esta revisión se restringen a una escasa cantidad de quejas de salud bien definidas. En esta revisión, no se identificaron pruebas de la efectividad de las herramientas psicosociales que son más apropiadas para la gran variedad de quejas psicosociales habitualmente observadas en la atención primaria. Esto también debe considerarse un vacío de conocimiento.

La ausencia de pruebas no parece implicar que no se deben recomendar las intervenciones psicosociales administradas por los MG. Una manera de mejorar la "medicina basada en la evidencia científica" (Knottnerus 1997) es promover el uso de las intervenciones psicosociales por parte de médicos generales y recopilar las experiencias de la práctica diaria. Sin embargo, el consumo de tiempo y los costos relacionados con estas intervenciones pueden constituir un problema para la práctica general, especialmente si las intervenciones resultan ser ineficaces. Además, se conoce poco acerca de los daños potenciales que pueden causar las intervenciones psicosociales administradas por los MG. Desde el punto de vista del sentido común, la respuesta a si el médico general debe implementar intervenciones psicosociales depende, en gran medida, del tiempo disponible en la práctica diaria de los médicos generales, el interés personal y la competencia de los médicos generales y la prevalencia de los motivos de consulta psicosociales en la atención primaria.

Implicaciones para la investigación

En base a los hallazgos de esta revisión, pueden hacerse varias recomendaciones para futuras investigaciones:

- Una explicación posible para el número limitado de estudios disponibles en esta revisión podría ser que las intervenciones psicosociales no se consideran herramientas útiles en la práctica general. Un primer paso en las investigaciones futuras debe ser evaluar la necesidad de los MG de tener a su disposición el uso de las intervenciones psicosociales en primer lugar. En ese caso, se necesitan más estudios empíricos. En segundo lugar, los resultados de una revisión sistemática reciente indicaron que las enfermeras practicantes pueden prestar una atención equivalente a la atención de los MG (Horrocks 2002)). Debido a que las enfermeras practicantes surgieron como posibles contrapartes de los MG en esta revisión, los estudios futuros podrían investigar quién es más adecuado para administrar las intervenciones psicosociales en la atención primaria.
- Si bien no se justifica una comparación entre los estudios en esta revisión, parece que las intervenciones psicosociales son sumamente promisorias en el tratamiento de los problemas psicológicos como la depresión y la somatización. Las investigaciones futuras que contribuyan

a un nivel más elevado de pruebas para la efectividad del tratamiento de resolución de problemas para la depresión y las intervenciones conductuales cognitivas para la somatización son útiles en ese sentido.

- En opinión de los revisores, las investigaciones futuras también deben concentrarse en las intervenciones psicosociales o en las "herramientas" más generales que son aplicables para una gran variedad de problemas observados en la atención primaria (p.ej., síntomas depresivos, ansiedad generalizada, síntomas sin explicación o funcionales). Las intervenciones muy especializadas como la terapia cognitivo-conductual probablemente consuman demasiado tiempo y su administración resulten complicadas para los médicos generales en la práctica habitual.
- Un requisito previo para la construcción de las pruebas de cualquier intervención es que los artículos que informan sobre la efectividad de los estudios contengan descripciones de alta calidad de todos los aspectos relevantes para la interpretación de los resultados. Como se ha indicado anteriormente, este requisito previo se aplica especialmente a este ámbito de investigación en particular. Los ECA futuros deben evaluar y describir especialmente la supervisión, el entrenamiento y el control de los MG, todos los aspectos relativos al cumplimiento del paciente y la atención real recibida en todas las intervenciones (contenido de la atención habitual, cointervenciones). Además, lo ideal sería que los ECA futuros contengan muestras de estudio lo suficientemente grandes como para incluir varios subgrupos de pacientes de atención primaria.

AGRADECIMIENTOS

Los revisores desean agradecer a:

Al Equipo Editorial del CCDAN, Nancy Rowland (Reino Unido), Peter Bower (Reino Unido) y Raymond Ostelo (Holanda) por su apoyo, información y asesoramiento sobre cómo realizar una revisión adecuadamente.

A Nettie Blankenstein (Holanda), Michael King (Reino Unido), Marta Buszewicz (Reino Unido), Oliver Davidson (Reino Unido), Ingrid Arnold (Holanda), Ulrik Malt (Noruega) y Jose Catalan (Reino Unido) por responder a nuestras solicitudes de información y datos de los estudios (adicionales).

Este estudio fue financiado por el Health Research and Development Council (ZorgOnderzoek Nederland), Holanda.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

No existen posibles conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- Health Research and Development Council (ZorgOnderzoek Nederland) NETHERLANDS

Recursos internos

- No se suministraron las fuentes de financiación

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Blankenstein 2001 *{published data only}*

*Blankenstein AH, Horst van der HE, Schilte AF, Portegijs PJM, Knottnerus JA, Eijk van JTM ET AL. Effectiveness of reattribution for somatisation in general practice, a randomised controlled trial. *Somatizing patients in general practice (PhD thesis)*. Amsterdam: AH Blankenstein, 2001:49-65.

Huibers 2004 *{published data only}*

Bazelmans E, Huibers MJH, Bleijenberg G. Did cognitive behaviour therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees not work because of the delivery of the intervention?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2005;**33**:225-35.

*Huibers MJH, Beurskens AJHM, Van Schayck CP, Bazelmans E, Metsemakers JFM, Knottnerus JA, et al. Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees. *British Journal of Psychiatry* 2004;**184**:240-6.

Larisch 2004 *{published data only}*

*Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K. Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioners: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research* 2004;**57**:507-14.

Lidbeck 1997 *{published data only}*

*Lidbeck J. Group therapy somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1997;**96**:14-24.

McIntosh 1997 *{published data only}*

*McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption: comparing three brief methods in family practice. *Canadian Family Physician* 1997;**43**:1959-67.

Mynors-Wallis 1995 *{published data only}*

*Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ* 1995;**310**:441-5.

Mynors-Wallis 2000 *{published data only}*

*Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;**320**:26-30.

Richmond 1985 *{published data only}*

*Richmond RL, Webster IW. A smoking cessation programme for use in general practice. *Medical Journal of Australia* 1985;**142**:190-4.

Richmond 1995 *[published data only]*

*Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995;**90**:119-32.

Segnan 1991 *[published data only]*

*Segnan N, Pont A, Battista RN, Senore C, Rosso S, Shapiro SH, Aimar D. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes and Control* 1991;**2**:239-46.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión**Anderson 1992**

*Anderson P, Scott E. The effect general practitioners' advice to heavy drinking men. *British Journal of Addiction* 1992;**87**:891-900.

Baillargeon 1998

*Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R. Stimulus-control: nonpharmacologic treatment for insomnia. *Canadian Family Physician* 1998;**44**:73-9.

Barkham 1989

*Barkham M. Brief prescriptive therapy in two-plus-one sessions: initial cases from the clinic. *Behavioural Psychotherapy* 1989;**17**:161-75.

Beusterien 2000

*Beusterien K, Buesching D, Robison R, Keats M, Tomlinson J, Cofran K, et al. Evaluation of an information exchange program for primary care patients with depression. *Disease Management* 2000;**3**:1-9.

Blomhoff 2001

*Blomhoff S, Haug TT, Hellström K, Holme I, Humble M, Madsbu H, et al. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *British Journal of Psychiatry* 2001;**179**:23-30.

Haug TT, Blomhoff S, Hellstrom K, Holme I, Humble M, Madsbu HP, et al. Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2003;**182**:312-8.

Haug TT, Hellström K, Blomhoff S, Humble M, Madsbu HP, Wold JE. The treatment of social phobia in general practice: is exposure therapy feasible. *Family Practice* 2000;**17**:114-8.

Bowman 2000

*Bowman M, Dignan M, Crandall S, Baier M. Changes in functional status related to health maintenance visits to family physicians. *Journal of Family Practice* 2000;**49**:428-33.

Brody 1990

*Brody D, Lerman C, Wolfson H, Caputo G. Improvement in physician's counseling of patients. *Archives of Internal Medicine* 1990;**150**:993-998.

Calfas 1996

*Calfas K, Long B, Sallis J, Wooten W, Pratt M, Patrick K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Preventive Medicine* 1996;**25**:225-33.

Catalan 1984

Catalan J, Gath D, Bond A, Martin P. The effects of non-prescribing anxiolytics in general practice II. Factors associated with outcome. *British Journal of Psychiatry* 1984;**144**:603-10.

*Catalan J, Gath D, Edmonds G, Ennis J. The effects of non-prescribing of anxiolytics in general practice: I. controlled evaluation of psychiatric and social outcome. *British Journal of Psychiatry* 1984;**144**:593-602.

Durand 2002

*Durand M, King M. Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice. *personal communication* 2002.

Fleming 1997

*Fleming M, Lawton Barry K, Baier Manwell L, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997;**277**:1039-45.

Fleming 1999

*Fleming M, Baier Manwell L, Lawton Barry K, Adams W, Stauffacher E. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *Journal of Family Practice* 1999;**48**:378-84.

Gask 1992

*Gask L. Training general practitioners to detect and manage emotional disorders. *International Review of Psychiatry* 1992;**4**:293-300.

Goldstein 1999

*Goldstein M, Pinto, Marcus B, Lynn H, Jette A, Rakowski W. Physician-based physical activity counseling for middle-aged and older adults: a randomized trial. *Annals of Behavioural Medicine* 1999;**21**:40-7.

Marcus B, Goldstein M, Jette A, Simkin-Silverman L, Pinto B, Milan F, et al. Training physicians to conduct physical activity counseling. *Preventive Medicine* 1997;**26**:382-8.

Pinto B, Goldstein M, DePue J, Milan F. Acceptability and feasibility of physician-based activity counseling. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;**15**:95-102.

Heatley 2005

Heatley C, Ricketts T, Forrest J. Training general practitioners in cognitive behavioural therapy for panic disorder: randomized-controlled trial. *Journal of Mental Health* 2005;**14**:73-82.

Horst 1997

*Horst HE van der, Eijk JTM van, Schellevis FG, Devillé WLJM. The effectiveness of patient education and promotion of self-care for patients with irritable bowel syndrome in primary care. *Irritable bowel syndrome in general practice: how effective is patient education and counselling?* (PhD thesis). Amsterdam: HE van der Horst, 1997.

Issakidis 1999

*Issakidis C, Sanderson K, Teesson M, Johnston S, Buhrich N. Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1999;**99**:360-7.

Katzelnick 2000

*Katzelnick D, Simon G, Pearson S, Manning W, Helstad C, Henk H, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medicine* 2000;**9**:345-51.

King 1998

*King M, Hindler C, Nazareth I, Farmer R, Gerada C, Cohen J. A controlled evaluation of small group education of general practitioners in the management of drug users. *British Journal of General Practice* 1998;**48**:1159-60.

King 2002

Davidson O, King M, Sharpe D, Taylor F. A pilot randomized trial evaluating GP registrar management of major depression following brief training in cognitive behaviour therapy. *Education for General Practice* 1999;**10**:485-8.

*King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;**324**:947-53.

Kottke 1989

*Kottke T, Brekke M, Solberg L, Hughes J. A randomized trial to increase smoking intervention by physicians: doctors helping smokers, round I. *JAMA* 1989;**261**:2101-6.

Malt 1999

Malt UF. The antidepressant debate. *British Journal of Psychiatry* 2002.

- *Malt UF, Robak OH, Madsbu HP, Bakke O, Loeb M. The Norwegian naturalistic treatment study of depression in general practice (NORDEP)-I: randomised double blind study. *BMJ* 1999;**318**:1180-4.
- McLeod 1997**
*McLeod C, Budd M, McClelland. Treatment of somatization in primary care. *General Hospital Psychiatry* 1997;**19**:251-8.
- Morriss 1999**
*Morriss R, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Leese B, et al. Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorders taught to general practitioners. *British Journal of General Practice* 1999;**49**:263-7.
Morriss R, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Leese B, et al. Cost-effectiveness of new treatment for somatized mental disorder taught to GPs. *Family Practice* 1998;**15**:119-25.
- Ockene I 1999**
Ockene I, Hebert J, Ockene J, Merriam P, Hurley T, Saperia G. Effect of training and a structured office practice on physician-delivered nutrition counseling: the Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *American Journal of Preventive Medicine* 1996;**12**:252-8.
*Ockene I, Hebert J, Ockene J, Saperia G, Stanek E, Nicolosi R. Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Archives of Internal Medicine* 1999;**159**:725-31.
Ockene J, Ockene I, Quirk M, Hebert J, Saperia G, Luippold R, et al. Physician training for patient-centered nutrition counseling in a lipid intervention trial. *Preventive Medicine* 1995;**24**:563-70.
- Ockene J 1991**
*Ockene J, Kristeller J, Goldberg R, Amick T, Pekow P, Hosmer D, et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine* 1991;**6**:1-8.
Ockene J, Kristeller J, Pbert L, Hebert J, Luippold R, Goldberg R, et al. The physician-delivered smoking intervention project: can short-term interventions produce long-term effects for a general outpatient population?. *Health Psychology* 1994;**13**:278-81.
- Patel 1988**
*Patel C, Marmot M. Can general practitioners use training in relaxation and management of stress to reduce mild hypertension. *BMJ* 1988;**296**:21-4.
- Peveler 1999**
*Peveler R, George C, Kinmonth A, Campbell M, Thompson C. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1999;**319**:612-5.
- Pill 1998**
Pill R, Stott NCH, Rollnick SR, Rees M. A randomized controlled trial of an intervention designed to improve the care given in general practice to type II diabetic patients: patient outcomes and professional ability to change behaviour. *Family Practice* 1998;**15**:229-35.
Stott NCH, Rollnick S, Rees MR, Pill RM. Innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Family Practice* 1995;**12**:413-8.
- Scott 1997**
*Scott C, Tacchi M, Jones R, Scott J. Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry* 1997;**171**:131-4.
- Simkin 1997**
*Simkin-Silverman L, Wing R. Management of obesity in primary care. *Obesity Research* 1997;**5**:603-12.
- Skinner 1984**
*Skinner P. Skills not pills: learning to cope with anxiety symptoms. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1984;**34**:258-60.
- Swinson 1992**
*Swinson R, Soulios C, Cox B, Kuch K. Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry* 1992;**7**:944-6.
- Wadden 1997**
*Wadden T, Berkowitz R, Vogt R, Steen S, Stunkard A, Foster G. Lifestyle modification in the pharmacologic treatment of obesity: a pilot investigation of a potential primary care approach. *Obesity Research* 1997;**5**:218-26.
- Wallace 1988**
*Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988;**297**:663-8.
- White 1990**
*White J, Keenan M. Stress control: a pilot study of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioural Psychotherapy* 1990;**18**:143-6.
- Whitehead 2002**
Whitehead L, Champion P. Can general practitioners manage chronic fatigue syndrome? A controlled trial. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 2002;**10**:55-64.
- Wilson 1988**
*Wilson DM, Taylor W, Gilbert JR, Best A, Lindsay EA, Wilms DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988;**260**:1570-4.
- Referencias de los estudios en marcha**
- Arnold 2006**
Unknown. Treatment of somatoform disorders with cognitive behaviour therapy by general practitioners. *Ongoing study* January 2000 (expected finishing date = July 2004)..
- Referencias adicionales**
- Altman 1998**
Altman D. Confidence intervals for the number needed to treat. *BMJ* 1998;**317**:1309-12.
- Bower 2002**
Bower P, Rowland N, Mellor Clark J, Heywood P, Godfrey C, Hardy R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 2002. 10.1002/14651858.CD001025.pub2.
- Brown 1995**
Brown C, Schulberg HC. The efficacy of psychosocial treatments in primary care: a review of randomised clinical trials. *General Hospital Psychiatry* 1995;**17**:414-24.
- Cape 2000**
Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): definitions and literature review. *British Journal of General Practice* 2000;**50**:313-8.
- Chocron Bentata 1995**
Chocron Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodriguez I, Auquer K, Franch L. Prevalence of psychopathology at a primary care center. *Atencion Primaria* 1995;**16**:586-90, 592-3.
- Corney 1992**
Corney R. The effectiveness of counselling in general practice. *International Review of Psychiatry* 1992;**4**:331-8.
- Davison 2000**
Davison GC. Stepped care: doing more with less?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;**68**:580-5.
- Friedli 1996**
Friedli K, King M. Counselling in general practice, a review. *Primary Care Psychiatry* 1996;**2**:205-16.

Gray 1988

Gray DP. Counsellors in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1988;**38**:50-1.

Horrocks 2002

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;**324**:819-23.

Jadad 1996

Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Controlled Clinical Trials* 1996;**17**:1-12.

Knottnerus 1997

Knottnerus JA, Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. *BMJ* 1997;**315**:1109-10.

Moher 2001

Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2001;**357**:1191-4.

Moncreiff 2001

Moncreiff J, et al. Quality rating scale for RCT. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2001;**10**:3.

Ostelo 2002

Ostelo RWJG, Vet HCW de, Waddell G, Kerckhoffs MR, Leffers P, Tulder MW van. Rehabilitation following lumbar disc surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue ;(2).

Richardson 1989

Richardson JD. Sexual difficulties. A general practice specialty. *Australian Family Physician* 1989;**18**:200-4.

Rowland 2000

Rowland N, Godfrey C, Bower P, Mellor Clark J, Heywood P, Hardy R. Counselling for depression in primary care: a systematic review of the research evidence. *British Journal of Guidance and Counselling* 2000;**28**(2):215-31.

Silagy 2003

Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2003. 10.1002/14651858.CD000165.pub2.

Terluin 1999

Terluin B, Meijman FJ. What do Dutch GP's do when patients have psychosocial problems? [Wat doen Nederlandse huisartsen bij psychosociale problemen van hun patiënten?]. *Huisarts en Wetenschap* 1999;**42**:151-2.

Tiemens 1996

Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry* 1996;**153**:636-44.

Van Tulder 1997

Tulder MW van, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM. Method guidelines for systematic reviews in the cochrane collaboration back review group for spinal disorders. *Spine* 1997;**22**:2323-30.

Van Tulder 2001

Tulder MW van, Ostelo RWJG, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ van. Behavioral treatment for chronic low back pain. *Spine* 2001;**26**:270-81.

Verhagen 1998

Verhagen AP, Vet HC de, Bie RA de, Kessels AG, Boers M, Bouter LM, et al. The delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998;**51**:1235-41.

Von Korff 2000

Von Korff M, Tiemens BG. Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine* 2000;**172**:133-7.

Wessely 1999

Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many?. *Lancet* 1999;**354**:936-9.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Blankenstein 2001
Methods	RCT to compare two conditions. Randomisation performed on practice level. Assessments on three occasions: baseline, 1 and 2 years.
Participants	162 patients (aged 20-45) who were true or part somatisers (frequent GP attenders, 15 visits or more in 3 years and 5 or more somatisation symptoms) recruited from 20 GPs in 17 practices. Therapists: 10 GPs.
Interventions	T (n:75) = tailored and modified reattribution intervention (dealing with illness worry, feeling understood, broadening the agenda, making the link) and care as usual, 2-3 10-30-min sessions. C (n:87)= care as usual. Therapists received 20-hr training programme (application intervention, feedback on audiotaped consultations) and booster sessions in first year. Supervision of therapists unknown.
Outcomes	Two year follow-up: complete attribution achieved in 33 of 51 patients. T superior to C on all primary outcomes: medical consumption, subjective health (VAS), sick leave. No complete recovery in either groups (not supported by data).
Notes	non-compliance: T=24/75. withdrawal: T=7/75, C=6/87. no integrity check.
Allocation concealment	A - Adequate
Study	Huibers 2004
Methods	RCT to compare two conditions. Randomisation on patient level according to randomised consent design. Assessments on four occasions: baseline, 4, 8 and 12 months.
Participants	151 patients (aged 18-65) with severe fatigue (CIS =>35) and complete absenteeism (6-26 weeks), recruited from an occupational health service. Therapists: 9 research GPs.
Interventions	T (n:76) = brief -cognitive behavioural therapy, 5-7 30-min sessions in 4 months. C (n:75) = no treatment or usual care by own GP. Therapists (GPs) received 10-h training in CBT (workshops, role playing), use of training manual, 2-monthly supervision by experienced behaviour therapist throughout trial.
Outcomes	At all time points (4,8, and 12 months): no sign. differences between groups on fatigue (CIS), absenteeism, clinical recovery (reduced fatigue plus work resumption) or any other outcome. Recovered cases (CIS <35 plus work resumption): T=23/76, C=29/75 (no significant differences).
Notes	non-compliance: T=20/76 withdrawal: T=6/76, C=7/76 (12 months) integrity check performed and published.
Allocation concealment	A - Adequate

Characteristics of included studies

Study	Larisch 2004
Methods	RCT to compare two conditions. Randomisation on GP level. Assessments on four occasions: baseline, 3, 6 and 12 months.
Participants	127 somatizing patients (aged 18-65) (symptoms on SOMS 4=>; GHQ =>2), recruited from 37 practices. Therapists: 20 experimental GPs, 17 control GPs .
Interventions	T (n:73) = routine ppc plus additional training in reattribution. C (n:75) = routine psychosocial primary care (ppc), based on 80-h training for GPs aimed at psychosocial problems. Both groups: 6 20-min sessions in 3 months. Therapists (GPs) in T received 12-h additional training in reattribution (video feedback, role playing, modeling). Use of training manual, no supervision throughout trial.
Outcomes	3 month follow-up: no sign. differences on physical symptoms (SOMS), anxiety and depression (HADS), quality-of-life (SF-12) or mental health (GHQ). 6 month follow-up: no sign. differences, except in number of physical symptoms (SOMS). 12 month follow-up: results not accurately described.
Notes	non-compliance: unknown. withdrawal: T=29/73, C=20/54 (12 months). no integrity check.
Allocation concealment	A - Adequate
Study	Lidbeck 1997
Methods	RCT to compare two conditions. Randomisation biased towards more patients in experimental group. Assessments on three occasions: baseline, 2 and 6 months.
Participants	50 patients (aged 30-60) with somatisation disorder (unexplained somatic symptoms and 1 or more symptoms meeting ICHPPC criteria for specific functional disorders) recruited from GPs and other physicians in an out-patient clinic. Therapist: 1 research GP.
Interventions	T (n:33) = group cognitive behavioural therapy (focus on reducing dread, physical examination, patient education, cognitive restructuring, relaxation training), 8 3-hr sessions in 2 months. C (n:17) = waiting list. Therapist received training in stress relaxation. Supervision of therapist unknown.
Outcomes	6 month follow-up: T superior to C on illness behaviour (IBQ), hypochondriasis (Whitley index), and medication use. No sign. differences on social problems (SPQ), anxiety (HAD), depression (HAD), sleep (SDI).
Notes	non-compliance: T=1/32. withdrawal: T=1/32,C=unknown. no integrity check.
Allocation concealment	A - Adequate

Characteristics of included studies

Study	McIntosh 1997
Methods	RCT to compare three conditions. Assessments on four occasions: baseline, 3, 6 and 12 months.
Participants	159 patients (aged 15 or older) with high alcohol consumption (one or more CAGE items or 4 or more standard drinks each day in 28 days) recruited by nurse in family practice centre. Therapists: 1 research GP (and 1 nurse practitioner).
Interventions	T1 (n:40) = cognitive behavioural intervention (CBI) by research GP (basic information, help understanding function alcohol, plan of action, moderation strategies, use of daily drinking records and self-help manual), 2 30-min sessions over 2 weeks. T2 (n:66) = CBI by research nurse practitioner, 2 30-min sessions over 2 weeks. C (n:53) = brief advice by own GP (1 of 12) on drinking, 1 5-min session. Training or supervision of therapists unclear.
Outcomes	12 month follow-up: no sign. differences between groups (overall reduction in drinking and alcohol-related problems in all groups).
Notes	non-compliance: T1&T2=27/106. withdrawal: T1&T2&C=16/159. no integrity check.
Allocation concealment	B - Unclear
Study	Mynors-Wallis 1995
Methods	RCT to compare three conditions. Randomisation is stratified (severity of depression). Assessments on three occasions: baseline, 6 and 12 weeks.
Participants	91 patients (aged 18-65) with major depression (research criteria for major depression and Hamilton rating scale score 13 or more) recruited from 26 GPs in 15 practices . Therapists: 2 research GPs (and 1 psychiatrist).
Interventions	T1 (n:30) = problem solving treatment (PST) (explanation rationale, emotional symptoms are caused by problems in living that can be dealt with; identification problems; stages of PST explained). T2 (n:31) = amitriptyline (50 mg-150 mg) and general support. C (n:30) = placebo and general support. All groups: 6 30-60-min sessions in 12 weeks. Therapists received training in PST(theory, role playing, treating five patients under supervision) and drug administration. Supervision of therapists unknown.
Outcomes	12 week follow-up: T1 superior to C on depression (BDI and Hamilton) and social functioning (SAS). No sign. difference on psychological symptoms (PSE). No sign. differences between T1 and T2. Recovered cases (Hamilton <8): T1=18/30, T2=16/31, C=8/30 (difference T1 and C significant). Patient satisfaction ("T is (very) helpful"): T1=28/30, T2=21/31.
Notes	non-compliance: T1=2/30, T2=6/31, C=18/30. withdrawal (82 patients included in analysis): T1=1/29, T2=2/27, C=14/26. no integrity check.
Allocation concealment	A - Adequate
Study	Mynors-Wallis 2000
Methods	RCT to compare four conditions. Randomisation is stratified (severity of depression). Assessments on four occasions: baseline, 6, 12 and 52 weeks.

Characteristics of included studies

Participants	151 patients (aged 18-65) with major depression (research criteria for major depression, Hamilton rating scale score 13 or more, minimum illness duration 4 weeks) referred by 24 GPs. Therapists: 3 research GPs (and 2 practice nurses).
Interventions	T1 (n:39) = problem solving treatment (PST) by GP (stages: clarification of problems, choice of goals, generation of solutions, choice of solutions, implementation of solutions, evaluation). T2 (n:41) = PST by practice nurse. T3 (n:36) = fluvoxamine (100 mg) or paroxetine (20 mg) and general support. T4 (n:35) = combination treatment (medication by GP and PST by nurse). All groups: 6 30-60-min sessions in 12 weeks (except T4=12 sessions). Therapists (GPs) received training in PST (theory, treating five patients under supervision), training manual and were supervised throughout trial.
Outcomes	52 week follow-up: no sign. differences between groups on depression (BDI, Hamilton), psychological symptoms (clinical interview schedule) or social functioning (SAS). Recovered cases (Hamilton <8): T1=24/39, T2=23/41, T3=20/36, T4=23/35 (no significant differences).
Notes	non-compliance: T1=14/39, T2=9/41, T3=6/36, T4=6/35. withdrawal: T1=14/39, T2=13/41, T3=6/36, T4=5/35. no integrity check.
Allocation concealment	A - Adequate
Study	Richmond 1985
Methods	CCT to compare two conditions. Group allocation according to day of entry in study. Assessments on two occasions: baseline and 6 months.
Participants	200 patients (aged 16-65) who smoked recruited from 4 GPs in one practice. Therapists: three GPs.
Interventions	T (n:100) = smoking cessation counselling (use of 1 wk diary of smoking habits and self-help manual, information on effects of smoking, strategy for maintaining abstinent, discussing alternatives, withdrawal symptoms, weight management, risks of smoking, benefits of abstinence, problems encountered), 6 sessions (duration?) in 6 months. C (n:100) = usual care and use of 1 wk diary of smoking habits, 2 sessions (duration?) in 6 months. Training or supervision of therapists unknown.
Outcomes	6 month follow-up: abstinence T=33/100, C=3/100
Notes	non-compliance: T=25/100, C=23/100. withdrawal (non-compliers analysed as smokers): T=25/100, C=23/100. no integrity check.
Allocation concealment	D - Not used
Study	Richmond 1995
Methods	CCT to compare four conditions. Group allocation according to weekly blocks. Assessments on three occasions: baseline, 6 and 12 months.
Participants	378 patients (aged 18-70) with high weekly alcohol consumption (men > 35 drinks, women > 21) recruited from 119 GPs in 40 practices. Therapists: 119 GPs.

Characteristics of included studies

Interventions	T1 (n:96) = behavioural change programme 'Alcoholscreen' (use of self-help manual and diary, education, counselling, advice on changing drinking behaviour, supporting new drinking habits), 5 5-25-min sessions in 5 months. T2 (n:96) = brief advice to reduce drinking, 1 5-min session. C1(n:93) = assessment of drinking behaviour and follow-up only. C2 (n:93) = follow-up only. All GPs received training, supervision unknown.
Outcomes	12 month follow-up (not available for C2): No sign. differences between groups in % patients reporting drinking above predefined weekly level (men < 28 drinks, women < 14) or alcohol-related problems (MAST). T1 superior to other treatments on alcohol consumption below level for patients who attended 2 sessions or more.
Notes	non-compliance: T1=49/96 2nd visit, 92/96 5th visit. withdrawal: T1=30/96, T2=26/96, C1=32/93 (C2 unavailable). no integrity check.
Allocation concealment	D - Not used
Study	Segnan 1991
Methods	RCT to compare four conditions. Assessments on three occasions: baseline, 6 and 12 months.
Participants	923 patients (aged 20-60) who were smokers free of a life-threatening disease recruited by 44 GPs. Therapists: 44 GPs.
Interventions	T1 (n:275) = repeated counselling (RC) (use of brochure, reinforcement antismoking message), 5 sessions (duration?) in 9 months. T2 (n:294) = RC plus prescription of nicotine gum. T3 (n:292) = RC plus spirometric test, results discussed by GP. C (n:62) = minimal intervention (counselling and use of brochure), 1 session. Therapists received 2 3-hr training sessions (introduction counselling techniques), 40% of GPs attended both sessions. Supervision of therapists unknown.
Outcomes	12 month follow-up: No sign. differences between groups on % biochemically verified quitters, overall low quit rates (4.8-7.5%).
Notes	non-compliance: approx. 66% attended less than 4 sessions. withdrawal: total N=129/923. integrity check: GP compliance with treatment protocol: RC=67.3%; RC+gum=92.5%; RC+spiro=83.7%; MI=75%.
Allocation concealment	A - Adequate

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Anderson 1992	intervention only one session
Baillargeon 1998	no RCT, CCT, or CPPT (single-case experimental design)
Barkham 1989	intervention not performed by GP

Characteristics of excluded studies

Beusterien 2000	no psychosocial intervention (information only)
Blomhoff 2001	intervention performed by GPs, non-specialist physicians and psychiatrists (no separate analysis)
Bowman 2000	no psychosocial intervention (telephone assessment)
Brody 1990	intervention only one session
Calfas 1996	intervention only one session
Catalan 1984	less than two standardised face-to-face contacts
Durand 2002	no psychosocial intervention (self-help manual)
Fleming 1997	intervention performed by GPs and general internists (no separate analysis)
Fleming 1999	intervention performed by GPs and general internists (no separate analysis)
Gask 1992	no RCT, CCT or CPPT (narrative review)
Goldstein 1999	intervention performed by GPs and general internists (no separate analysis)
Heatley 2005	no data on outcomes in patients
Horst 1997	less than two standardised face-to-face contacts (second contact merely optional)
Issakidis 1999	intervention not performed by GP
Katzelnick 2000	no psychosocial intervention (pharmacotherapy)
King 1998	no psychosocial intervention (education of GPs)
King 2002	no standardised number of face-to-face contacts (effects of training rather than effects of applying intervention)
Kottke 1989	no psychosocial intervention (advice and information only)
Malt 1999	intervention only in combination with (placebo) pharmacotherapy
McLeod 1997	intervention not performed by GP
Morriss 1999	no RCT, CCT or CPPT (before- and after-training study)
Ockene I 1999	intervention not performed by GP
Ockene J 1991	intervention not performed by GP
Patel 1988	intervention performed by GP in combination with intervention by nurse (no separate analysis)
Peveler 1999	intervention not performed by GP
Pill 1998	intervention performed by GPs and nurses (no separate analysis)
Scott 1997	intervention not performed by GP
Simkin 1997	intervention performed by GPs and general internists (no separate analysis)
Skinner 1984	intervention not performed by GP
Swinson 1992	intervention not performed by GP (not even in primary care)
Wadden 1997	intervention not performed by GP
Wallace 1988	no psychosocial intervention (advice and information only)
White 1990	intervention not performed by GP

Characteristics of excluded studies

Whitehead 2002	no standardised face-to-face contacts required
Wilson 1988	intervention only in combination with nicotine gum

Characteristics of ongoing studies

Study	Arnold 2006
Trial name or title	Treatment of somatoform disorders with cognitive behaviour therapy by general practitioners
Participants	100 patients who apply to criteria for somatoform disorder and who report severe functional impairment and complaints for more than six months.
Interventions	T (n:50) = cognitive behaviour therapy (5 45-min sessions in 5 months) by 8 research GPs who treat 5-8 patients. GPs are trained and supervised. C (n:50) = usual care.
Outcomes	main outcomes: frequency and intensity of main complaint, functional impairment and medical consumption assessed on three occasions (baseline, 6 and 12 months).
Starting date	January 2000 (expected finishing date = July 2004).
Contact information	I. Arnold, UMC Leiden, The Netherlands (I.A.Arnold@lumc.nl)

TABLAS ADICIONALES**Table 01 Original CCDAN search strategy**

terms
(#30 = BEHAVIOR-THERAPY or #30 = BIOFEEDBACK or #30 = CASE-MANAGEMENT or #30 = COGNITIVE-ANALYTIC-THERAPY or #30 = COGNITIVE-BEHAVIOR-THERAPY or #30 = COGNITIVE-THERAPY or #30 = COUNSELLING or #30 = FAMILY-THERAPY or #30 = MARITAL-THERAPY or #30 = PSYCHOANALYTIC-THERAPY or #30 = PSYCHOTHERAPY or #30 = RELAXATION-THERAPY or #30 = SOCIAL-INTERVENTION) AND (#11 = PRIMARY-CARE or "general practitioner*" or "family physician*" or "family doctor*")

CARÁTULA

Titulo	Intervenciones psicosociales por parte de médicos generales
Autor(es)	Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Schayck CP van
Contribución de los autores	Marcus Huibers (MH) y Anna Beurskens (AB) identificaron y seleccionaron los estudios. En caso de dudas, se consultó con Gijs Bleijenberg (GB) para obtener asesoramiento sobre la selección de los estudios. AB y GB evaluaron la calidad metodológica de los estudios seleccionados y realizaron la extracción de los datos. El objetivo fue alcanzar el consenso sobre la calidad metodológica y los resultados de la extracción de los datos. MH participó como tercer revisor cuando se mantenía el diseno entre AB y GB. MH realizó el análisis de los datos y presentó los resultados. Onno van Schayck actuó como asesor durante todo el proceso. Todos los autores son responsables de los resultados de esta revisión y contribuyeron al manuscrito final.

Número de protocolo publicado inicialmente	2002/1
Número de revisión publicada inicialmente	2003/2
Fecha de la modificación más reciente"	05 setiembre 2001
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	08 mayo 2007
Cambios más recientes	En una actualización en 2005, dos nuevos estudios identificados fueron añadidos a la revisión.
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	31 enero 2006
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información
Dirección de contacto	Marcus Huibers assistant professor Department of Clinical Psychological Science Maastricht University P.O. Box 616 Maastricht 6200 MD NETHERLANDS Teléfono: +31 43 388 1487 E-mail: m.huibers@dmkep.unimaas.nl Facsimile: +31 43 388 4155
Número de la Cochrane Library	CD003494
Grupo editorial	Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group
Código del grupo editorial	HM-DEPRESSN

RESUMEN DEL METANÁLISIS

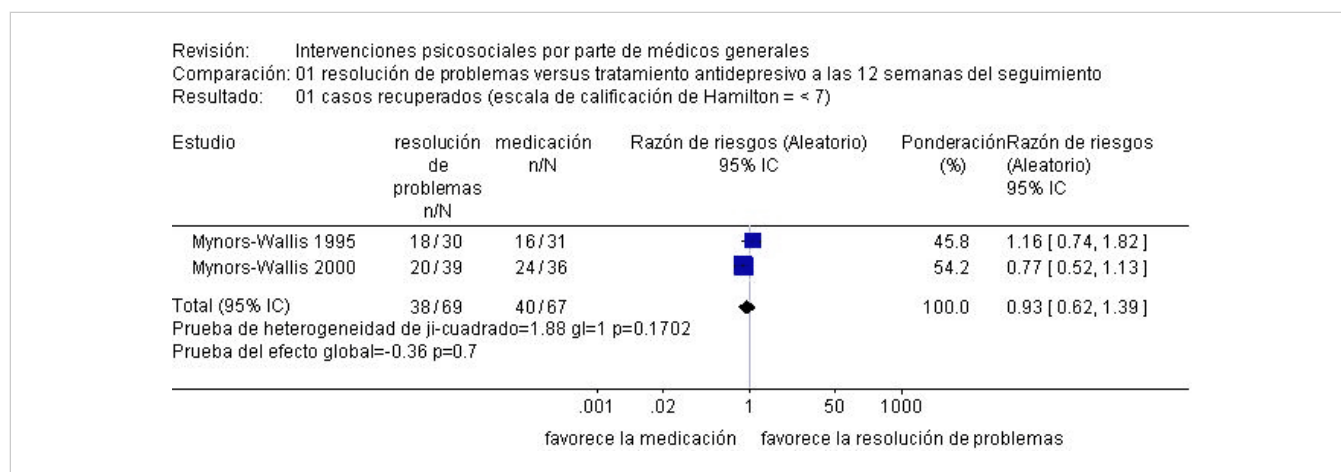
01 resolución de problemas versus tratamiento antidepresivo a las 12 semanas del seguimiento

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 casos recuperados (escala de calificación de Hamilton = < 7)	2	136	Riesgo Relativo (efectos aleatorios) IC del 95%	0.93 [0.62, 1.39]
02 escala de calificación de Hamilton (depresión)	2	131	Diferencia de medias ponderada (efectos aleatorios) IC del 95%	0.77 [-2.45, 4.00]
03 inventario de depresión de Beck (depresión)	2	131	Diferencia de medias ponderada (efectos aleatorios) IC del 95%	-1.12 [-4.75, 2.51]

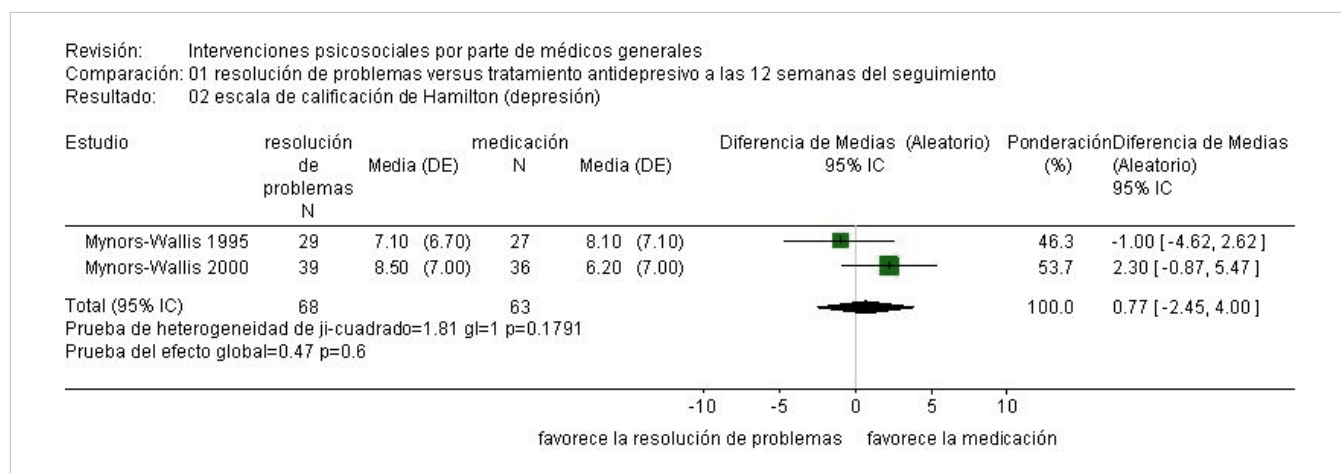
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 resolución de problemas versus tratamiento antidepresivo a las 12 semanas del seguimiento

01.01 casos recuperados (escala de calificación de Hamilton = < 7)



01.02 escala de calificación de Hamilton (depresión)



01.03 inventario de depresión de Beck (depresión)

Revisión: Intervenciones psicosociales por parte de médicos generales

Comparación: 01 resolución de problemas versus tratamiento antidepresivo a las 12 semanas del seguimiento

Resultado: 03 inventario de depresión de Beck (depresión)

