



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR DEPRESSION IN A GROUP AND PROTOCOLIZED FORM

Nuria de Andrés González, Verónica Cabañas Rojas, Miguel Ángel Díaz-Sibaja, Irene Casanova Menal.

nuriadeandresgonzalez@gmail.com

Depresión, calidad de vida, ansiedad, programa, cognitivo, conductual, grupal, protocolizado
Depression, quality of life, anxiety, program, cognitive, behavioral, group, protocolized

RESUMEN

Objetivo: Nuestro objetivo es revisar un estudio de eficacia para la guía clínica de tratamiento cognitivo-conductual para la depresión en formato grupal y protocolizado titulado “Aprendiendo a ser feliz....si me esfuerzo”.

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes e incapacitantes en la población. La terapia cognitivo-conductual se considera de probada eficacia y constituye una de las terapias de primera elección en el tratamiento de los trastornos depresivos, ya sea en formato individual o grupal.

Método: Veintinueve pacientes diagnosticados de trastornos del estado del ánimo fueron asignados de forma aleatoria a un grupo experimental (N=21) y a un grupo control en lista de espera (N=8). Las pruebas de evaluación empleadas fueron las siguientes: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Calidad de Vida para la Depresión (QLDS), y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Resultados: Tras la implementación del programa de tratamiento en el grupo experimental se registró una mejoría estadísticamente significativa en las variables BDI ($p < 0,05$), QLDS ($p < 0,05$) y ansiedad-estado ($p < 0,05$), mientras que en el grupo control no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas. Cuando se analizaron las diferencias entre ambos grupos, inicialmente no se encontraron diferencias significativas, pero tras la intervención, se registró una mayor puntuación en la variable QLDS ($p = 0,05$) en el grupo experimental.

Conclusiones: El programa “Aprendiendo a ser feliz....si me esfuerzo” resulta eficaz para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, produciendo una mejora en la calidad de vida de las personas con trastornos depresivos.

"APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO". TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

ABSTRACT

Objective:

The aim of this study is to review a cognitive-behavioral treatment program in a group and protocolized form for depression entitled "Learning to be happy if I try hard."

Depression is one of the most common and disabling disorders in the population. Cognitive behavioral therapy has been proven to be effective and is one of the therapies of first choice in the treatment of depressive disorders, whether in individual or group.

Method: Twenty-nine patients diagnosed with mood disorders were randomly assigned to an experimental group (N = 21) and a control group on the waiting list (N = 8). For the evaluation we used the following questionnaires: Beck Depression Inventory (BDI), Quality of Life Depression Scale (QLDS) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Results: After implementing the treatment program, in the experimental group a statistically significant improvement in the variables BDI ($p < 0.05$), QLDS ($p < 0.05$) and state anxiety ($p < 0.05$) was found, while in the control group there were not significant differences in any of the variables analyzed. When we analyzed the differences between both groups, there were not initially significant differences, but after the intervention, in the experimental group a higher score in the QLDS variable ($p = 0.05$) was found.

Conclusions: The "Learning to be happy if I try hard" program is effective in reducing depressive symptoms, anxiety, leading to an improvement in quality of life of people with depressive disorders.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un [síndrome](#) o conjunto de [síntomas](#) que afectan principalmente a la esfera afectiva (tristeza, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, etc.) que puede limitar la actividad vital habitual de la persona, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Si bien es cierto que estos son los síntomas patognomónicos del trastorno, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo e incluso somático (1).

Su origen etimológico lo encontramos en el latín *de premere* que es empujar hacia abajo y que corresponde en gran medida a la sensación expresada por las personas para referir el estado de ánimo que se ha dado en llamar depresión, bajo la forma de decaimiento. En sentido corriente también se utiliza como sinónimo de tristeza, pena o aflicción (lo que nos supone una dificultad añadida para el diagnóstico e investigación). (2).

La depresión, además de un síndrome clínico, supone un problema social de gran envergadura, por su alta prevalencia y afectación funcional de las personas que la padecen (3). A pesar de las grandes repercusiones derivadas de la depresión, y la amplia literatura, la depresión está

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

infradiagnosticada e infratratada. Sin embargo, si se trata a tiempo, tiene buen pronóstico y responde bien a las medidas de apoyo (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 20 % de la población podría desarrollar un trastorno depresivo en el transcurso de su vida (5), incrementándose aún más este porcentaje si tomamos en consideración otros factores de riesgo como el padecimiento de una enfermedad crónica o situaciones de estrés vital. En este mismo sentido, se ha constatado que el 14,7% de los pacientes que acuden a atención primaria, independientemente del motivo de consulta, presentan un cuadro clínico de depresión. (6) En Estados Unidos, el 7% de la población padece o ha padecido un trastorno depresivo mayor; en Europa, $\frac{1}{3}$ de las personas sufrirá a lo largo de su vida al menos un episodio depresivo; y en el mundo, 350 millones de personas padecen trastornos depresivos (7).

Dicha prevalencia, resulta alarmantemente alta, si bien debemos tener en cuenta que puede no ser fiable pues puede ser debida a la falta de un criterio clínico claro, al diagnóstico diferencial incorrecto, a que los síntomas referidos son altamente variables a nivel individual etc... Estos problemas están originados en su mayoría por los diagnósticos categoriales de las guías clínicas, siendo así, debemos enfocar de manera dimensional los síntomas depresivos, pues resulta una solución efectiva para ser más exhaustivos en el diagnóstico (8).

El curso y el pronóstico varía individualmente, y existen diferentes manifestaciones en función de la franja de edad, sexo y estatus socio-económico. También debemos tener en cuenta si esa persona tiene algún enfermo a su cargo, pues el riesgo de padecer un síndrome depresivo aumenta considerablemente (9), así como personas que han sufrido duelos recientemente, información que condicionaría el tratamiento, siendo la terapia interpersonal uno de los enfoques adecuados (10).

No podemos olvidar que los trastornos emocionales tienen una alta comorbilidad con los trastornos de personalidad, no tanto en la aparición, que es similar a la de cualquier otro trastorno del estado de ánimo, como en el curso de la enfermedad, agravamiento, recaídas y peores resultados de tratamiento. Concretamente, en el caso de la depresión unipolar, se ha encontrado una fuerte asociación entre alto neuroticismo, e incremento de los síntomas depresivos. En cuanto a factores y rasgos, la mayoría de los estudios encuentran asociaciones entre personalidades evitativas, en concreto en el factor *evitación del daño*. (8)

TRATAMIENTO

Por lo que respecta al tratamiento psicoterapéutico de la depresión, la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico más estudiado, validado y utilizado (11). Se puede decir que la terapia cognitivo-conductual es tan efectiva como el tratamiento con antidepresivos para el abordaje de sintomatología depresiva. Respecto a la duración de la terapia, tanto los formatos de psicoterapia breve como los prolongados gozan de similar efectividad, siendo la breve más

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

eficiente en cuanto a recursos humanos, temporales y económicos. (12) No obstante, la combinación de los tratamientos farmacológicos (ISRS como primera elección) y psicoterapia ofrece los mejores resultados (5, 6,12), siendo las intervenciones que incluyen psicoterapia aquellas que gozan de mayor solidez y más protección con respecto a las recaídas; además, pronostican un mejor avance en los casos más graves (13,14).

Con respecto al formato de la terapia, existen datos que sugieren que tanto la terapia cognitivo-conductual en formato grupal como en individual resultan eficaces en el tratamiento de los pacientes con depresión moderada o grave (15). En este sentido, se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual aplicada en grupo resulta eficaz ya no solo para reducir la sintomatología depresiva sino también para prevenir el desarrollo de este trastorno en poblaciones de alto riesgo, como pudiera ser la población geriátrica (16,17). La mayoría de los tratamientos están enfocados solo en una disminución de los síntomas negativos como criterio de mejora, marginando una característica central de la depresión como es la ausencia de emociones positivas. En el último tiempo, Seligman ha ampliado el enfoque sobre el bienestar, destacando la importancia de las relaciones y el compromiso (PERMA) (17).

En comparación con la terapia individual, las intervenciones grupales pueden aportar una serie de ventajas. Así, estas intervenciones son más eficientes ya que optimizan los recursos (tiempo, espacio, personal...), permitiendo así obtener una mejor relación coste-beneficio ante la creciente presión asistencial que existe en las Unidades de Salud Mental del sistema sanitario público. Por otro lado, el grupo, a través del apoyo de sus miembros, facilita la expresión de sentimientos, la motivación y la adherencia al tratamiento, así como el intercambio de experiencias que pudieran facilitar la adquisición de distintas perspectivas y otras estrategias de afrontamiento más saludables (18,19).

En un estudio (20) se describe que el formato de grupo manualizado resulta útil para el terapeuta porque agiliza la toma de decisiones, orientando en caso de dudas, favoreciendo así la eficiencia, también es percibido como un instrumento de seguridad tanto a nivel personal para el terapeuta, como para el paciente y a nivel jurídico, pues estandariza los procedimientos, lo que también favorece la relación entre profesionales.

Por otro lado, la División de Psicología Clínica de la Asociación de Psicología Americana (21), en su informe Task Force, determina que para poder determinar la eficacia de un determinado tratamiento psicológico se deben cumplir con los siguientes tres criterios:

1. estar respaldado por la existencia de al menos dos estudios de investigación distintos, con diseños experimentales intergrupales de, al menos, 30 sujetos por cada grupo.
2. desarrollar un manual de tratamiento protocolizado, en el que se describa claramente todo el proceso de evaluación y tratamiento.
3. demostrar su eficacia al ser utilizado con una muestra identificada con arreglo a los mismos criterios diagnósticos.

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

Con respecto al segundo criterio, los manuales protocolizados aportan claras ventajas tanto en la práctica clínica, como en la investigación y en la formación de psicólogos (22). En la práctica clínica supone un ahorro de tiempo para el clínico, en el sentido de que permite realizar el análisis funcional de la enfermedad, elegir las conductas objetivo de tratamiento y seleccionar las estrategias de intervención adecuadas, en base a la eficacia demostrada. En cuanto a la investigación, facilita la replicación de los resultados y el diseño de otros estudios experimentales que busquen determinar la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa multicomponente. En relación a la formación de otros clínicos, facilita la formación de aquellos profesionales que quieran intervenir sobre los procesos psicológicos del trastorno y la difusión de las estrategias que han demostrado su eficacia con este tipo de pacientes.

Uno de los manuales demostrados como más eficaces es el Protocolo Unificado Para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (22), donde se defiende que en los trastornos emocionales aparece alta comorbilidad porque tienen una etiología similar, según el modelo de diátesis estrés. Por tanto las personas diagnosticadas de trastornos emocionales, pueden beneficiarse del mismo tratamiento grupal protocolizado.

Teniendo en cuenta que la literatura revisada apoya la eficacia y eficiencia de la terapia grupal cognitivo-conductual, queremos poner a prueba un programa de tratamiento cognitivo-conductual de la depresión en formato grupal y protocolizado ideado exclusivamente para el tratamiento de síntomas depresivos que lleva por título “Aprendiendo a ser feliz...si me esfuerzo” (23).

MÉTODO

Muestra

La muestra inicial de esta investigación estuvo constituida por 83 pacientes, pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras y diagnosticados de trastorno del estado de ánimo depresivo (distimia y depresión mayor). La mortandad experimental fue muy elevada, de tal forma que sólo el 35 % de los pacientes (n=29) devolvieron los cuestionarios en la fase de post-tratamiento y acabaron formando parte de la muestra definitiva. De dicha muestra, 21 pacientes recibieron el programa de tratamiento grupal y 8 formaron parte del grupo control en lista de espera. Los pacientes fueron asignados previamente a cada uno de los grupos de forma aleatoria.

En la tabla nº 1 se puede observar la edad media de los pacientes en función del grupo asignado. Con respecto al sexo, todos los pacientes de ambos grupos fueron mujeres.

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

Grupos	Edad Media	DT	Rango de edad
Tratamiento grupal (N=21)	55.35	8.30	38-68
Control (N=8)	52.38	10.55	40-66

Tabla nº 1. Edad media, desviación típica y rango de edad de cada uno de los grupos.

Instrumentos de medida

- *Inventario de depresión de Beck (BDI)* (24). Consta de 21 apartados, en los que el sujeto debe seleccionar una frase por apartado en función de su grado de identificación. El rango de la puntuación obtenida se encuentra entre 0 y 63, y los puntos de corte que se proponen para graduar los distintos niveles de depresión son: a) no depresivo o normales, puntuaciones entre 0 y 9; b) depresión leve, puntuaciones entre 10 y 18; c) depresión moderada, puntuaciones entre 19 y 29; d) depresión grave, puntuaciones entre 30 y 63.
- *Escala de Calidad de Vida para la Depresión (QLDS)* (25). Consta de 34 ítems de respuesta dicotómica (sí/no). Evalúa la percepción subjetiva o el deterioro en la calidad de vida que supone el padecimiento de la depresión. A mayor puntuación en esta escala, peor es la calidad de vida.
- *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)* (26). Consta de 40 preguntas, en las que el sujeto debe contestar en base a una escala de 4 puntos (0 nada, 1 algo, 2 bastante y 3 mucho), dependiendo de la intensidad con la que percibe cada uno de los síntomas medidos, bien en el momento de la evaluación, o bien en términos generales. El cuestionario comprende dos escalas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad: ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Procedimiento

El estudio experimental estuvo formado por 4 fases: selección de la muestra, evaluación inicial (pre-tratamiento), tratamiento y evaluación de los efectos producidos por la intervención (post-tratamiento).

Tratamiento en grupo

El programa de tratamiento completo comprende un total de 13 sesiones presenciales en grupo, de dos horas de duración cada una de ellas y con una periodicidad semanal. No obstante, en función de la dinámica y progresión del grupo puede prolongarse dos o tres sesiones más.

La estructura de cada una de las sesiones abarcaba los siguientes aspectos: a) revisión de las tareas y auto-registros de la semana anterior; b) presentación de los objetivos de cada una de las sesiones; c) explicación de los contenidos teóricos de los distintos factores y estrategias de

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

afrontamiento para la disminución de los síntomas depresivos; d) ejercicios prácticos o de reflexión para facilitar el aprendizaje de las distintas estrategias terapéuticas; e) auto-registros y tareas para casa con el objetivo de consolidar lo aprendido; y f) lectura del capítulo del manual correspondiente con la sesión.

Para la realización de esta investigación, se elaboró un cuaderno de trabajo destinado a los pacientes, protocolizado, de 100 páginas, y titulado **“Aprendiendo a ser feliz... si me esfuerzo”** (20), en el que se describe detenida y pormenorizadamente todos los registros, ejercicios, dinámicas grupales, tareas para casa y resumen de las explicaciones que el terapeuta proporciona en cada una de las sesiones. Asimismo, se grabó para la ocasión y se proporcionó a los pacientes un CD de relajación titulado **“Entrenamiento en relajación muscular progresiva”** (27) para que les sirviera como guía y les facilitara el aprendizaje de las distintas técnicas de disminución de la activación.

A continuación se resume brevemente el contenido de cada una de las sesiones.

Primera sesión: presentación del programa y cumplimentación de los cuestionarios del pre-tratamiento. Hablamos de la importancia del compromiso grupal y de la confidencialidad como normas principales.

Segunda sesión: Se realiza una sesión psicoeducativa de la depresión, conceptualizando el conjunto sindrómico y exponiendo datos en cuanto a prevalencia, etiología y tratamiento. Haremos un análisis funcional basándonos en la hipótesis de cada paciente sobre su problema.

Tercera sesión: La primera parte será psicoeducativa, expondremos el modelo de afrontamiento (análisis de los factores que influyen en la depresión y explicación de las distintas estrategias de afrontamiento que se enseñarán y practicarán durante el programa), para continuar llevándolo a situaciones que han vivido los pacientes.

Cuarta sesión: Expondremos la importancia de la activación conductual, así como el trabajo del área de relaciones personales significativas para este tipo de problemática. Llevamos a cabo una programación de actividades potencialmente gratificantes, cada paciente confeccionará su propuesta, con la que se comprometerá a lo largo de la terapia.

Quinta sesión: Exponemos la comorbilidad de los síntomas depresivos con los ansiosos, connotando la importancia de trabajarlos paralelamente. Proponemos como método, el entrenamiento en “relajación muscular progresiva”. Para facilitar el aprendizaje de los distintos procedimientos de relajación, y para facilitar la puesta en práctica de estas técnicas en casa, se les facilitó un CD de relajación para que les sirviera de guía. Este material recoge los distintos procedimientos de relajación entrenados (relajación muscular con 10 grupos musculares, relajación con tensión leve, relajación con tensión única y relajación mediante evocación).

Sexta sesión: relajación con tensión leve y entrenamiento en higiene del sueño.

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

Séptima sesión: autoestima. En esta sesión se hicieron algunas dinámicas grupales con el objetivo de que los pacientes entendieran qué es la autoestima y que practicaran algunas estrategias que pudieran ayudar a fomentarla (“actuar como si...”, “entrevista de mi persona”, “soy el centro de los cotilleos”, etc.)

Octava y novena sesiones: procedimiento de reestructuración cognitiva, se enseñó a los pacientes a registrar, analizar, discutir y cambiar aquellos pensamientos negativos que generan sentimientos de ansiedad y depresión.

Décima sesión: técnicas de distracción, focalización sensorial y atención plena, con el fin de disminuir las sensaciones subjetivas de malestar generadas por los síntomas de la enfermedad.

Undécima y duodécima sesiones: módulo de habilidades sociales. Los objetivos eran: introducir el concepto de asertividad, eliminar los obstáculos que pudieran interferir en la comunicación asertiva y mejorar la comunicación entre el paciente y sus iguales. Lo trabajamos con una dinámica de role-playing, con situaciones reales que han vivido los pacientes o que temen vivir.

Última sesión. Esta sesión perseguía el objetivo de hacer que los pacientes asumieran que eran una parte activa, responsable e importantísima en el tratamiento de la depresión, y que las estrategias que habían aprendido en el transcurso de las sesiones podían ser utilizadas, no sólo para los problemas relacionados con el estado de ánimo, sino también con cualquier otro problema de la vida diaria.

Grupo control en lista de espera

El grupo control cumplimentó los cuestionarios de la fase de pre-tratamiento y permaneció a la espera de que el grupo experimental finalizara el tratamiento para cumplimentar de nuevo los cuestionarios correspondientes a la fase de post-tratamiento y comenzar con el programa de intervención grupal.

RESULTADOS

Se decidió utilizar la prueba no paramétrica de Wilcoxon para analizar las diferencias que se producen en cada una de las variables en las distintas fases experimentales (pre-tratamiento y post-tratamiento), tanto para el grupo de tratamiento psicológico como para el grupo control. Los análisis comparativos entre ambos grupos se realizaron mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney en ambas fases experimentales. Estos resultados han sido expuestos previamente, en 2010.

Como se aprecia en la tabla nº 2, los resultados obtenidos con el grupo de tratamiento reflejan una mejoría estadísticamente significativa en las variables “depresión”, “calidad de vida para la depresión” y “ansiedad-estado” después de haber finalizado la intervención. No se registran diferencias estadísticamente significativas en la variable “ansiedad-rasgo”.

"APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO". TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

Con respecto al grupo control, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre la fase de pre-tratamiento y la fase de post-tratamiento, produciéndose en algunos casos un empeoramiento en las variables analizadas.

En cuanto a las diferencias entre los dos grupos (tratamiento y control), antes de la intervención grupal no se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables objeto de estudio. Tras la implementación del programa, se registra una mayor puntuación en la variable "calidad de vida para la depresión" en el grupo de tratamiento que en el grupo control.

Variables	Medida	Grupo	Antes		Después		
			Media (DT)	Sig. Mann-Whitney	Media (DT)	Sig. Wilcoxon	Sig. Mann-Whitney
Depresión	BDI	Tratamiento (N=21)	30.26 (9.29)	0.887	18.57 (12.23)	0.003 *	0.117
		Control (N=8)	28.13 (12.66)		26.50 (14.86)		
Calidad de vida	QLDS	Tratamiento (N=21)	0.64 (0.25)	0.288	0.40 (0.26)	0.004 *	0.050 *
		Control (N=8)	0.55 (0.25)		0.61 (0.30)		
Ansiedad-estado	STAI-e	Tratamiento (N=21)	75.94 (22.90)	0.632	65.69 (22.59)	0.012 *	0.637
		Control (N=8)	73.88 (20.28)		68.38 (27.02)		
Ansiedad-rasgo	STAI-r	Tratamiento (N=21)	76.54 (23.87)	0.788	73.77 (19.20)	0.262	0.937
		Control (N=8)	82.63 (18.49)		70,00 (29.87)		

Tabla nº 2. Comparación en las variables objeto de estudio entre el grupo de tratamiento y el grupo control. (Sig. Wilcoxon: * = $p \leq 0.05$; se acepta diferencia entre el pre-test y el post-test). (Sig. U de Mann-Whitney: * = $p \leq 0.05$; se acepta diferencia entre los grupos).

Con el objetivo de determinar la significación clínica de la intervención, se analizaron los porcentajes de los pacientes del grupo que recibió el tratamiento grupal distribuido según las categorías de gravedad del BDI en ambas fases experimentales. Como puede observarse en la tabla nº 3 y en las figuras nº 1 y nº 2, se produce una disminución del porcentaje de pacientes que se encuentran dentro de las categorías de puntuación indicadoras de depresión moderada-

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

grave, y un incremento en el porcentaje que se encuentran dentro de la normalidad y depresión leve.

Categoría de gravedad BDI	Pre-tratamiento (% de pacientes)	Post-tratamiento (% de pacientes)
No depresivo	0	21.40
Depresión leve	0	42.90
Depresión moderada	64.30	14.30
Depresión grave	35.70	21.40

Tabla nº 3. Porcentaje de pacientes según categoría de gravedad del BDI y fase experimental.

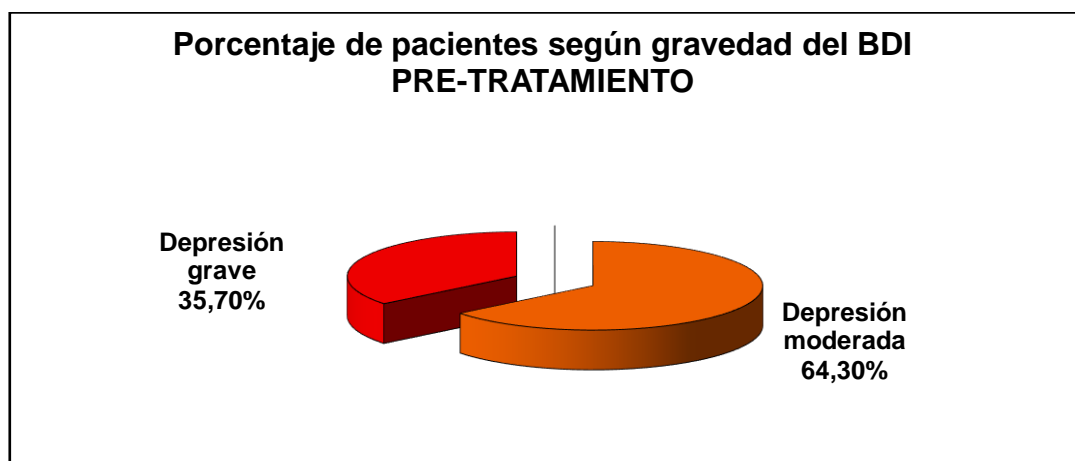


Figura nº 1. Porcentaje de pacientes en las diferentes categorías del BDI antes de iniciar el tratamiento.

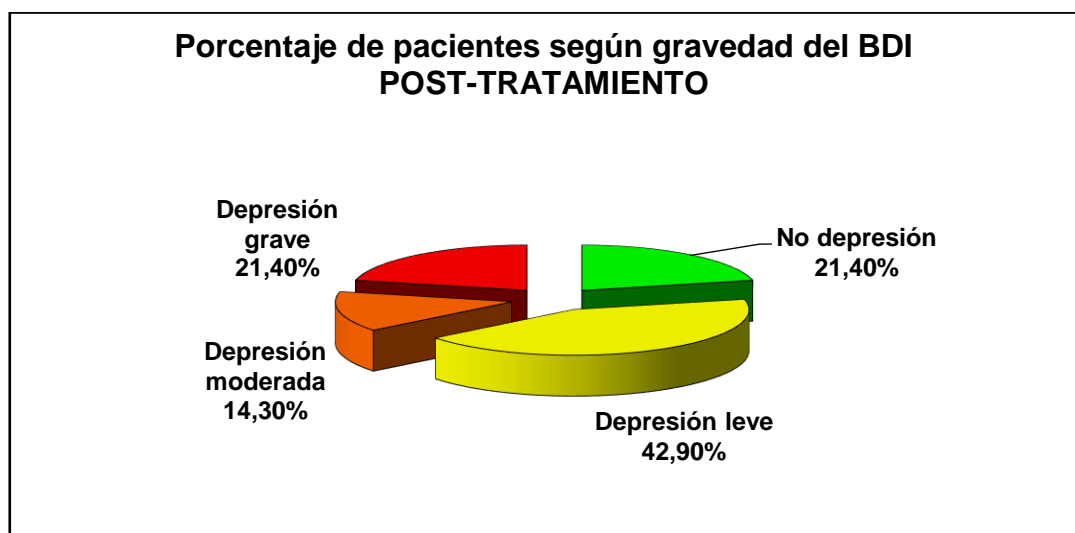


Figura nº 2. Porcentaje de pacientes en las diferentes categorías del BDI después del tratamiento.

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

DISCUSIÓN

Uno de los mayores problemas a la hora de enfrentarnos como clínicos, pero sobre todo como investigadores, es la dificultad para la evaluación, ya que presenta multitud de síntomas de distinta índole, diferencias en las guías clínicas para realizar el diagnóstico, ausencia de instrumentos de evaluación integrales, y alta prevalencia de comorbilidad con otros trastornos. La eficacia de nuestro programa puede explicarse en parte por la utilización de técnicas cognitivo-conductuales (programación de actividades, relajación, reestructuración cognitiva, etc.) de probada eficacia (5,6) para el tratamiento de los trastornos depresivos que permitieron a los pacientes afrontarlos con un menor coste emocional y mejorar su calidad de vida.

Tal como señalan algunos autores (19,22,28) el formato grupal utilizado facilita una serie de comportamientos (expresión de sentimientos, intercambio de experiencias, adherencia al tratamiento) que favorecen considerablemente la eficacia de estas estrategias. Asimismo, en consonancia con la literatura revisada (6,11), nuestro programa grupal puede ser válido para la depresión moderada y grave, ya que, tras la aplicación del programa, se produjo una disminución del porcentaje de pacientes que se encontraban dentro de las categorías de puntuación indicadoras de depresión moderada-grave, y un incremento en el porcentaje que se encontraba dentro de la normalidad y depresión leve.

Por otro lado, la eficacia de este programa de tratamiento también estaría respaldada por uno de los criterios señalados por la Task Force (21), ya que ha servido para validar un manual de tratamiento protocolizado para la intervención psicológica de los trastornos depresivos, en el que se describe claramente todo el proceso de evaluación y tratamiento.

Aunque los resultados de este estudio son esperanzadores, existen dos motivos que nos hacen considerar estos datos con una cierta cautela: a) la muestra final ha sido muy pequeña (n=8) y compuesta solo por mujeres; y b) no se han realizado seguimientos que nos permitan constatar que la mejoría se mantiene a medio y largo plazo.

En suma, dada la fácil aplicación del presente programa y sus óptimos resultados, la utilización de esta intervención psicológica grupal podría redundar en una reducción de costes para la Salud Pública.

Según el PISMA III (Plan Integral de Salud mental en Andalucía) resulta esencial tener en cuenta el contexto psicosocial de la crisis económica, para llevar a cabo la intervención (29). En este mismo sentido, Aurora Jorquera y Joana Guarch (30) señalan que la reducción de los costes sanitarios, al utilizarse la intervención psicológica, se produciría porque contribuye a la reducción de las tasas de recaídas de los síntomas depresivos, a que se incrementa la adherencia y el cumplimiento del tratamiento, se reducen los síntomas residuales, aumentan las habilidades del paciente para enfrentarse a las situaciones estresantes (mejorando sus estrategias de

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

afrontamiento y su capacidad para resolver problemas) y se aumentan y fortalecen las redes sociales.

No obstante, sería recomendable la realización de futuras investigaciones con muestras más amplias que determinen la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa de tratamiento multicomponente con pacientes con un mismo diagnóstico (dentro del grupo de los trastornos del estado de ánimo) y un análisis de costes-beneficios a corto y a largo plazo que permita avalar dicha afirmación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
2. Agudelo, D., Spielberger, C. D. & Buela-Casal, G. Validación y adaptación castellana del cuestionario de Depresión Estado/Rasgo ST/DEP. Tesis Doctoral no publicada, departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Granada; 2005.
3. Díaz del Peral D. et al. Ansiedad, Depresión, Somatizaciones: Proceso asistencial integrado. 2ª edición. Sevilla, consejería de salud, 2011.
4. Vázquez F.L., Blanco V., Torres A., Otero P., Hermida E. : La eficacia de la prevención indicada de la depresión. Anales de psicología, vol. 30, nº 1 (enero), 9-24 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.138931>. 2014
5. García-Herrera Pérez Bryan J.Mª., Noguera Morillas V., Muñoz Lobos F., Morales Asencio J.M. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”. Málaga 2011.
6. Medina Mora M.E, Sarti Gutiérrez E.J., Quintanar Real T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura. Academia Nacional de Medicina. Méjico, 2015.
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM 5). Barcelona: Masson; 2013.
8. Buela Casal, G., Spielberger D.C, Agudelo, D. La depresión: ¿un trastorno dimensional o categorial? Salud Mental 2007, Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230303>> ISSN 0185-3325.
9. Vázquez F.L, Otero P., López M., Blanco V., Torres A., Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia. Un estudio piloto. Clínica y Salud. 2010 Vol 21 nº1, págs. 59-76
10. Millán-González R., Solano-Medina N.,. Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. Revista colombiana de psiquiatría, 2010, vol. 39 nº2, págs. 375-388.

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

11. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Coping with depression: Australian treatment guide for consumers and carers. Melbourne Victoria, 2009.
12. Pérez Álvarez M., Fernández Hermida J.R., Fernández Rodríguez C., Amigo Vázquez I.. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. 2005. Ed. Pirámide.
13. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06.
14. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Common mental health problems: Identification and pathways to care. Clinical guideline. 2011; nice.org.uk/guidance/cg123
15. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam MA, Andersson G. Depression and Anxiety 2009;26:279-288.
16. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmalings KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006;74(4):658-70.
17. Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P. & Peralta-Montecinos, J. Impacto de un Programa de Psicología Positiva en Sintomatología Depresiva y Satisfacción Vital en Adultos Mayores. Psicología: Reflexão e Crítica, 2012; 25 (4), 644-652.
18. Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1995.
19. Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option?. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2001; 29, 311-332.
20. Fernández Sánchez A., Sanchez-Carracedo D., Navarro-Rubio M.D, Pinto-Meza A., Moreno-Küstner B.: Opiniones de médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos acerca de guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio. Atención Primaria. 2010; 42 (11): 522-558;
21. American Psychiatric Association, Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. The Clinical Psychologist 1992; 48:2-23.
22. Barlow D. H., Farchione T. J., Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. ISBN 9788491041375. Alianza Editorial; 2015.
23. Díaz Sibaja MA. Tratamiento Psicológico en Grupo de la Depresión “Aprendiendo a ser feliz... si me esfuerzo”. Ed. www.psicología delasalud.es. 2009
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961;4:561-571.

“APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA DEPRESIÓN

25. McKenna SP, Hunt SM. A new measure of quality of life in depression: testing the reability and construct validaty of he QLDS. Health Policy 1992;22:321-30.
26. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, Palo Alto:Consulting Psychologist Press; 1970 (Adaptación española en Editorial TEA).
27. Díaz Sibaja MA, Comeche MI. Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva.; 2009. www.psicologíadelasalud.es
28. Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1995.
29. Carmona Calvo J. et al. III Programa Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud; 2016
30. Jorquera A y Guarch J. Tratando... trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos. Madrid: Pirámide; 2006.