



EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO. "APRENDIENDO A SER FELIZ...SI ME ESFUERZO"

EFFICACY OF A COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR DEPRESSION IN A GROUP AND PROTOCOLIZED FORM

Machado A*, Díaz-Sibaja MA**, Pérez-Portas L***; Cervera IM.

* Psicólogo Interno Residente
Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.

** Facultativo Especialista de Área en Psicología Clínica
Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.

*** Psicóloga Interna Residente
Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.

**** Psicóloga Interna Residente
Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.

diazsibaja@ono.com

Depresión, Calidad de vida, Ansiedad, Programa, Cognitivo, Conductual, Grupal, Protocolizado.
Depression, Quality of life, Anxiety, Program, Cognitive, Behavioral, Group, protocolized

RESUMEN:

Objetivo: 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. El principal objetivo de este estudio fue diseñar, poner en práctica y validar el programa de tratamiento cognitivo-conductual para la depresión en formato grupal y protocolizado titulado "Aprendiendo a ser feliz...si me esfuerzo".

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

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

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.

ABSTRACT:

Objective: 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. The main objective of this study was to design, implement and validate the cognitive-behavioral treatment program in a group and protocolized form for depression entitled "Learning to be happy if I try hard."

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.

Los síntomas depresivos se pueden valorar según criterios diagnósticos operativos, siendo los más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, los descritos por las clasificaciones CIE-10 (1) y DSM-IV-TR (2). Asimismo, y en relación a la sintomatología, es importante también analizar las consecuencias del padecimiento de este trastorno. En este sentido, la depresión conlleva, en la mayoría de los casos, una merma en la calidad de vida de las personas que la presentan (3,4) y se considera uno de los principales factores de riesgo de suicidio (5).

La depresión es uno de los trastornos de salud más frecuentes e incapacitantes tanto en la población europea, como en el resto del mundo (6,7). 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 (8,9), 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 (10).

Por lo que respecta al tratamiento de la depresión, las guías clínicas actuales para su manejo en la población adulta aconsejan, en términos generales y como tratamientos de primera elección, el uso de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y la terapia psicológica cognitivo conductual (11).

La terapia cognitivo-conductual ha sido el tratamiento psicológico más estudiado, validado y utilizado. En este sentido, se ha constatado, con un nivel de evidencia 1++ (el nivel de evidencia más alto correspondiente a meta-análisis y revisiones sistemáticas de ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo), que: a) la terapia cognitivo-conductual es tan efectiva como el tratamiento con antidepresivos para el abordaje de la depresión mayor (12); b) los formatos de terapia cognitivo-conductual breves (entre 6-8 sesiones) resultan tan efectivos como los más prolongados (12); c) la combinación de los tratamientos farmacológicos y la terapia cognitivo-conductual ofrece unos resultados superiores a cualquiera de estos tratamientos por separado (12,13,14); d) la terapia cognitivo-conductual parece ser mejor tolerada que los antidepresivos, especialmente en los casos más graves (15); e) la terapia cognitivo-conductual tiene un efecto protector acumulable a la medicación en el sentido de que previene las recaídas (15,16); y f) la terapia cognitivo-conductual de formato breve y en grupo resulta más eficiente (relación entre la eficacia y el coste) que el tratamiento farmacológico. En este sentido, según un informe realizado en el año 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el gasto en antidepresivos fue superior a los

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

600 millones de euros.

Con respecto al formato de la terapia, existen datos que sugieren que tanto la terapia cognitiva-conductual en formato grupal como en individual resultan eficaces en el tratamiento de los pacientes con depresión moderada o grave (17). 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 (18,19).

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 (20,21).

Por otro lado, la División de Psicología Clínica de la Asociación de Psicología Americana (22), 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.

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 (23). 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.

Ante la escasa disponibilidad de manuales de tratamientos protocolizados para los trastornos del estado de ánimo en formato grupal, a pesar de las numerosas ventajas con las que cuentan, y teniendo en cuenta que la literatura revisada apoya la eficacia y eficiencia de la terapia grupal cognitivo-conductual, nos planteamos el objetivo de diseñar, poner en práctica y validar el programa

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

de tratamiento cognitivo-conductual de la depresión en formato grupal y protocolizado que lleva por título "Aprendiendo a ser feliz....si me esfuerzo" (24).

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.

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)* (25). 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)* (26). 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)* (27). 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

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

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 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 "**Apreniendo a ser feliz... si me esfuerzo**" (24), 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**" (28) 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.

Segunda sesión: información de la depresión: ¿qué es la depresión?, síntomas, ¿a cuánta gente afecta?, causas y tratamientos.

Tercera sesión: 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).

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

Cuarta sesión: programación de actividades. Explicación de los beneficios de la realización de actividades gratificantes, elaboración de un programa de actividades semanal y búsqueda de apoyos sociales que favorezcan su puesta en práctica (compromiso público, asignación de una madrina y carta para un familiar).

Quinta sesión: 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.

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 practicasen 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 de la atención, 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.

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.

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".

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.

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

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)	0.327	
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)	0.499	
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)	0.866	
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)	0.144	

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

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

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.

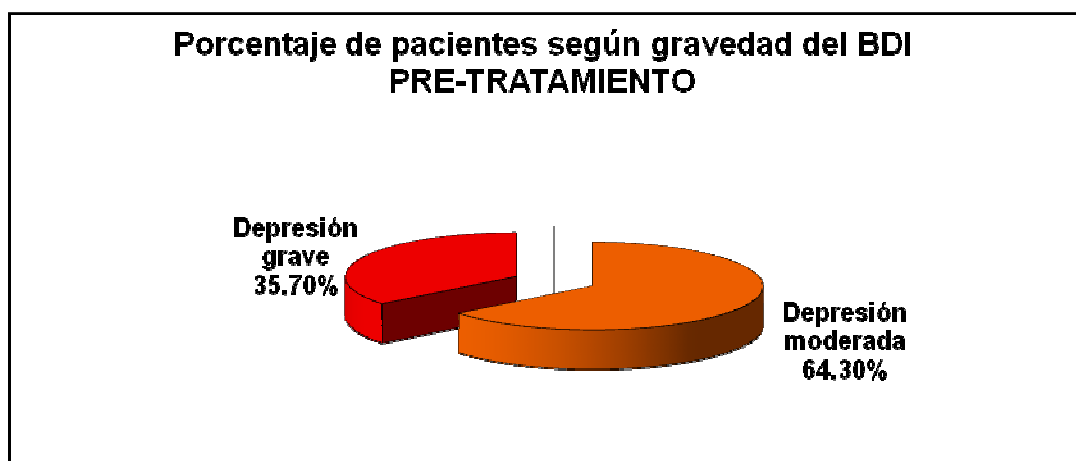


Figura nº 1. Porcentaje de pacientes en las diferentes categorías del BDI antes de iniciar el tratamiento.

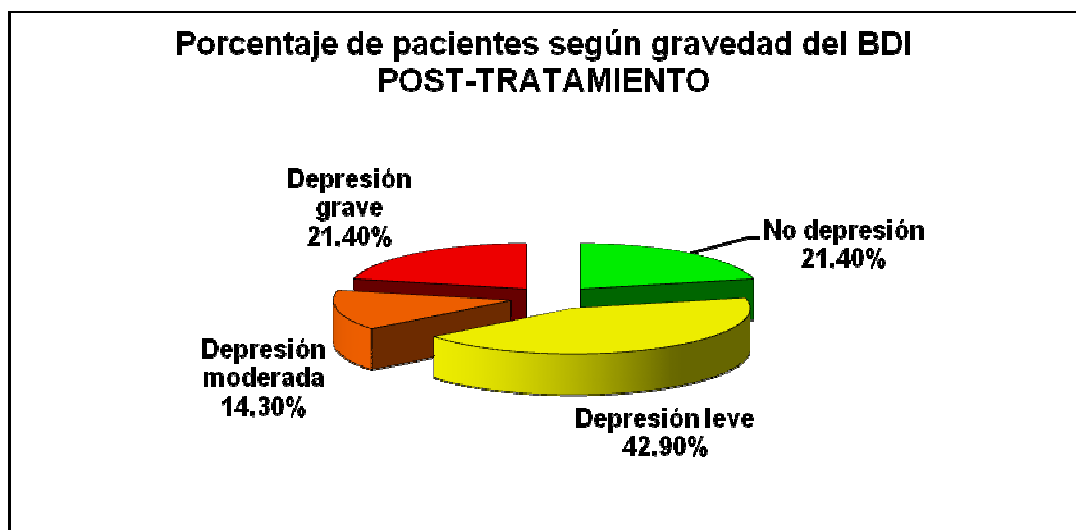


Figura nº 2. Porcentaje de pacientes en las diferentes categorías del BDI después del tratamiento.

DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos, la aplicación del programa de tratamiento psicológico protocolizado "Aprendiendo a ser feliz...si me esfuerzo" (24) resultó eficaz para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa de los pacientes con trastornos depresivos. Por otro lado, al finalizar la intervención psicológica, dichos pacientes percibieron una mayor calidad de vida en comparación con un grupo control en lista de espera.

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 (11,12) 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 (20,21) 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 (17), 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 (22), 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, lo que aportará, como así lo señalan Hickling y Blanchard (23) en relación a los escasos manuales de tratamiento protocolizados que existen, algunas ventajas en la práctica clínica, en la investigación y en la formación de psicólogos.

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. En este mismo sentido, Aurora Jorquera y Joana Guarch (29) 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

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

habilidades del paciente para enfrentarse a las situaciones estresantes (mejorando sus estrategias de 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.

Referencias:

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. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson; 2002.
3. Goldberg JF, Harrow M. Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. *Journal of affective disorders* 2005; 89(1-3):79-89.
4. [Hadj Ammar M](#), [Khammouma S](#), [Nasr M](#). Depressive disorders and quality of life: A cross sectional study including 360 depressive patients followed at the psychiatry consultation of the Mahdia university hospital. *L'Encéphale* 2008; 34(3):256-262.
5. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N et al. Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *The American Journal of Psychiatry* 2005;162:2116-2124.
6. Kessler RC. The global burden of anxiety and mood disorders. Putting ESEMeD findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*.2007;68(2): 10-19.
7. McCracken C, Dalgard OS, Ayuso-Mateos JL, Casey P, Wilkinson G, Lehtinen V, Dowrick C. Health service use by adults with depression: Community survey in five european countries. Evidence from the Odin study. *British Journal of Psychiatry* 2006;189:161-167.
8. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, de Graff R, Vollebergh W et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2006 12(1): 3-21.
9. Retolaza A. Resultados del estudio ESEMeD. ¿Estamos preparados? *Norte de Salud Mental* 2007; 29: 44-50.
10. Aragonés E, Pinol JL, Labad A, Folch S, Melich ND. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2004; 34 (4): 331-43.

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

11. 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. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t Nº 2006/06.
12. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline 2004*;23.
13. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam MA, Andersson G. *Depression and Anxiety* 2009;26:279-288.
14. 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.
15. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine* 2000;342(20):1462-70.
16. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* 2000; 68(4):615-23.
17. Instituto Joanna Briggs. Terapia grupal e individual en el tratamiento de la depresión. *Best Practice* 1999;3(2):1-6.
18. Bright JI, Baker KD, Neymeyer RA. Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67(4): 491-501.
19. Kaas MJ, Lewis, ML. Cognitive behavioural group therapy for residents in assisted-living facilities. *Journal of Psychosocial Nursery Mental Health Service* 1999; 37(10):9-15.
20. Corey G. *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1995.
21. Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29, 311-332.
22. 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.
23. Hickling EJ, Blanchard EB. The private practice psychologist and manual based treatments: A case study in the treatment of post traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35:191-203.
24. Díaz Sibaja MA. *Tratamiento Psicológico en Grupo de la Depresión "Aprendiendo a ser feliz... si me esfuerzo"*. Ed. www.psicologíadelasalud.es; 2009.
25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression.

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

Archives of General Psychiatry 1961;4:561-571.

26. 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.
27. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto:Consulting Psychologist Press; 1970 (Adaptación española en Editorial TEA).
28. Díaz Sibaja MA, Comeche MI. *Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva*. Ed. www.psicologíadelasalud.es; 2009.
29. Jorquera A y Guarch J. *Tratando... trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos*. Madrid: Pirámide; 2006.