

# **Evaluación de la efectividad de la Psicoeducación grupal en Depresión Mayor (síntomas leves/ moderados) en Atención Primaria**

**Ensayo clínico controlado aleatorizado**

**Autora: Rocío Casañas Sánchez**

---

**TESI DOCTORAL UAB/2015**

**Directora de tesis:** Dra. Rosa Catalán Campos

**Tutor de tesis:** Dr. Miquel Casas Brugué

Programa de doctorado de Psiquiatría y Psicología Clínica  
Departamento de Psiquiatra y Medicina Legal  
Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)



Para Marta Barceló



## Agradecimientos

Me gustaría primero de todo dar las gracias a la Dra. Rosa Catalán por su apoyo, ayuda, dedicación y su paciencia durante todos estos años. Sin ella no lo hubiera conseguido.

Al Dr. Miquel Casas por creer en este proyecto desde el primer momento en que lo conoció.

A Antonia Raya y Eva María Fernández, sin ellas este proyecto no hubiera sido lo mismo.

A Aitana Bigorra, por sus inmejorables consejos durante estos años. Y a Marc Arnau y Paco Abolafia, que siempre han estado allí cuando los necesitaba.

También quería dar las gracias a todas las personas que formaron parte del proyecto desde el primer día y a todas aquellas que se fueron incorporando durante el trayecto: Josep Manel Picas, Elena Puigdevall, Josep Davins, Marc Marí, Jose Luís del Val, Sergi Valero, Inés Ángeles Falders, M. Antonia Campo, Jordi Armengol, Amparo Escudero, Teresa Romero, Lluís Lalucat, Jordi Real, Miguel Ángel Muñoz y Maribel Fernández. Y sobre todo, a todas las enfermeras de Atención Primaria que participaron en el proyecto llevando los grupos psicoeducativos, sin ellas este proyecto no se hubiera podido llevar a cabo: Isabel Montull, Teresa Cervelló, M. Mercè Valls, Josep Agudo, Cristina Murillo, Mercè Carbonell, Núria Rosell, Carmen Donlo, M. Rosina Crespo, M. Carme Grané, Pilar Tarragó, Vicenta Estrada, Elisabet Ferré, Cristina Menéndez, M. Magdalena Gámez, Carmen Sardà, Eva Sadurní, Trini González, M. Lourdes Lasaosa, Fani Rodrigo, Teresa Muñoz, M. José Ochoa y Núria Ortiz.

Agradecer el apoyo de las personas de la USR de Atención Primaria de Barcelona ciudad, del Idiap Jordi Gol i Gorina y de los 13 equipos de Atención Primaria del ICS que participaron en el proyecto. Y por último a la Associació Centre Higiene Mental Les Corts por su implicación en el proyecto desde el primer día.

Y por último agradecer el apoyo de mi familia, de mis padres Salvador y Josefina, y de mis hermanos, Luis, Cristina, Fran y María. Pero sobre todo a mi madre, que siempre está ahí.



## Prólogo

La depresión es un importante problema de salud pública debido a que es uno de los trastornos mentales más prevalentes en la población adulta a nivel mundial. En Europa, la prevalencia de la Depresión Mayor es del 12.8% en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y del 3.9% en los últimos doce meses (prevalencia-año), y concretamente del 10.6% (prevalencia-vida) y 4% (prevalencia-año) en España.

El impacto negativo de la depresión en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes se ha demostrado que es igual, o mayor, que otras importantes condiciones médicas crónicas y está asociada con mayor morbilidad, mortalidad, utilización de servicios y aumento de costes en los cuidados de salud.

Según los estudios, para disminuir la carga de la enfermedad se necesitan encontrar estrategias efectivas para reducir la duración de los episodios y prevenir la recurrencia en poblaciones de riesgo. Debido a la alta carga de la depresión a nivel mundial, hay una necesidad de integrar estos tratamientos dentro de los servicios de Atención Primaria y tratar los trastornos mentales con igualdad al resto de enfermedades atendidas en este ámbito.

Otros estudios también remarcan la importancia de disponer de tratamientos efectivos para la depresión en Atención Primaria, o incrementar el acceso de los pacientes con síntomas depresivos en Atención Primaria a las terapias psicológicas que han mostrado ser efectivas a corto plazo, ya que pueden mostrar más beneficios prolongados a largo plazo en relación a la calidad de vida. Según algunos estudios, realizar intervenciones en Atención Primaria para la depresión podría reducir la carga actual de la depresión entre un 10% y 30%.

La mayoría de guías de práctica clínica internacionales para el manejo de la depresión recomiendan intervenciones psicoeducativas o psicoterapias breves como primer paso de acción en el protocolo de tratamiento, no recomiendan la administración de medicación si la sintomatología es leve y señalan que puede ser tratada por profesionales del ámbito de la Atención Primaria.

La psicoeducación grupal ha mostrado ser una terapia efectiva en la mejora del curso clínico, en la adherencia al tratamiento farmacológico y en la mejora del funcionamiento psicosocial

de los pacientes con depresión. También se ha mostrado que es una terapia efectiva en el tratamiento de la depresión en el adulto, ya que reduce la sintomatología y puede prevenir la Depresión Mayor en pacientes atendidos en Atención Primaria. Pero los resultados obtenidos hasta el momento estaban basados en estudios que evaluaban la intervención psicoeducativa "*Coping with depression*" (CWD) o una modificación de la misma, terapia basado en la teoría del aprendizaje social de la depresión que no tenía en cuenta aspectos importantes del cuidado personal; como la dieta, la actividad física y el descanso; aspectos que ya se ha demostrado que ayudan en la recuperación en estos pacientes de manera aislada, pero que no se habían integrado nunca en una intervención grupal psicoeducativa en Atención Primaria.

Actualmente, los modelos escalonados y colaborativos de manejo de la depresión en Atención Primaria justifican la importancia del rol de los profesionales de enfermería como gestores y coordinadores de la atención al paciente afecto con Depresión.

Este estudio sobre la efectividad de la psicoeducación grupal llevado a cabo en Barcelona es el primer estudio que evalúa este tipo de intervención en España.

Los resultados del estudio pueden aportar información relevante para mejorar el manejo terapéutico del Episodio depresivo en España, mostrar que en el ámbito de la Atención Primaria se pueden desarrollar intervenciones breves como la psicoeducación, con una metodología definida y que trata la depresión de una manera integral. Esta intervención puede ser llevada a cabo por profesionales de enfermería con una formación previa.



## Abreviaturas

<b>AD:</b>	Antidepresivo
<b>AP:</b>	Atención Primaria
<b>APA:</b>	American Psychiatric Association
<b>AVAC:</b>	Años de Vida Ajustados por Calidad
<b>BDI:</b>	Beck Depression Inventory
<b>CIE:</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CV:</b>	Calidad de Vida
<b>CVRS:</b>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
<b>CWD:</b>	Coping With Depression
<b>DE:</b>	Desviación Estándar
<b>d':</b>	Tamaño del efecto de Cohen
<b>EAP:</b>	Equipo de Atención Primaria
<b>EQ-5D:</b>	EuroQoL-5D
<b>ICS:</b>	Institut Català de la Salut
<b>GI:</b>	Grupo Intervención
<b>GC:</b>	Grupo Control
<b>GPC:</b>	Guía de Práctica Clínica
<b>HAD:</b>	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
<b>NICE:</b>	National Institute for Clinical Excellence
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>RME:</b>	Respuesta Media Estandarizada
<b>SNS:</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>TEE:</b>	Tamaño del Efecto Estandarizado
<b>TMS:</b>	Trastorno Mental Severo
<b>TRP:</b>	Terapia de Resolución de Problemas
<b>VAS:</b>	EQ-5D Visual Analogical Scale
<b>WHO:</b>	World Health Organization



## Resumen

*Objetivos del estudio:* Evaluar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa para la Depresión Mayor (síntomas leves/ moderados) en pacientes atendidos en Atención Primaria.

*Métodos:* El estudio es un ensayo clínico controlado aleatorizado de una muestra de 231 personas mayores de 20 años con un diagnóstico de Depresión Mayor según el CIE-10 atendidos en 13 equipos de Atención Primaria de Barcelona. De la muestra total, 85 presentaban un episodio leve ( $BDI \geq 9$  y  $\leq 18$ ) y 146 un episodio moderado ( $BDI \geq 19$   $\leq 29$ ) según el cuestionario *Beck Depression Inventory* (BDI). El grupo intervención (GI) ( $n = 119$ ) recibió un programa grupal psicoeducativo (12 sesiones, 90 minutos cada sesión dirigidas por dos enfermeras) y el grupo control (GC) ( $n = 112$ ) recibió la atención habitual. Los pacientes fueron evaluados al inicio, post-intervención (3 meses) y a los 6 y 9 meses de seguimiento. Las principales medidas de resultado fueron el *BDI*, remisión de la sintomatología depresiva basada en el BDI y *EuroQol-5D-3L* (EQ-5D) Índice y VAS (*visual analogic scale*).

También se realizó un sub-análisis con aquellos pacientes que nunca habían recibido tratamiento farmacológico antidepresivo antes de formar parte del estudio. En este caso la muestra estaba formada por 106 pacientes (50 formaban parte del GI y 56 del GC).

Para valorar el impacto de esta intervención en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se realizó un sub-análisis con aquellos pacientes que habían completado correctamente el EQ-5D en el momento inicial, post-intervención y durante el seguimiento a los 6 y 9 meses. En este caso la muestra estaba formada por 224 pacientes (115 formaban parte del GI y 109 del GC).

*Resultados principales:* Los pacientes con síntomas depresivos leves del grupo intervención tuvieron una mayor remisión de los síntomas comparado con el grupo control, 56.80% vs. 31.30% en el momento post-intervención ( $p = 0.009$ ) y 64.90% vs. 37.50% en el seguimiento a los 9 meses ( $p = 0.006$ ). En esta misma muestra de pacientes, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el BDI después del tratamiento ( $p = 0.016$ ) con un tamaño del efecto moderado ( $d' = .51$ ) y a los 9 meses de seguimiento ( $p = 0.048$ ;  $d' = .44$ ). En la muestra general y en el subgrupo con síntomas moderado, los

análisis sólo mostraron diferencias significativas entre grupos en el BDI post-intervención,  $p= 0.02$  ( $d'=. 29$ ) y  $p= 0.010$  ( $d'=. 47$ ), respectivamente.

En la sub-muestra de pacientes sin tratamiento farmacológico al iniciar el estudio, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la remisión de los síntomas depresivos post- intervención y a los 6 meses de seguimiento ( $p=0.001$  y  $0.012$  respectivamente), pero a los 9 meses sólo se observaron diferencias con tendencia a la significación estadística ( $p= 0.064$ ). Los análisis también mostraron diferencias significativas en el BDI post-intervención ( $p= 0.008$ ;  $d'=. 55$ ), pero no a los 6 y 9 meses.

En relación a la CVRS, los resultados mostraron diferencias significativas entre grupos en el EQ-5D Índice a los 3 meses de seguimiento en la muestra general ( $p=0.022$ ;  $d'=0.41$ ) y para el subgrupo con síntomas moderados ( $p=0.045$ ;  $d'=0.47$ ) y con un tamaño del efecto moderado. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto moderado en el EQ-5D VAS a los 3 meses ( muestra general  $p=0.008$  y  $d'=0.48$ ; pacientes moderados  $p=0.016$  y  $d'=0.57$ ). No se encontraron diferencias entre grupos a los 6 y 9 meses.

*Conclusiones:* La intervención grupal psicoeducativa es un tratamiento eficaz a corto y a largo plazo para los pacientes con síntomas depresivos leves, y sólo a corto plazo en los pacientes con síntomas moderados. También muestra ser efectiva a corto plazo en aquellos pacientes no tratados con medicación antidepresiva antes de recibir la intervención psicoeducativa. La intervención mejora la CVRS a corto plazo y esta mejora se mantiene estable durante el seguimiento a los 9 meses, especialmente en el grupo de pacientes con síntomas moderados.

# Índice

	Pág.
Agradecimientos	4
Prólogo	6
Abreviaturas	8
Resumen	10
Lista de Tablas	13
<b>1.INTRODUCCIÓN</b>	14
1.1. Definición y diagnóstico de la depresión	16
1.2. Prevalencia y curso clínico de la depresión	18
1.3. Depresión y calidad de vida	19
1.4. El tratamientos de la Depresión en Atención Primaria	21
1.5. La Psicoeducación	23
<b>2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</b>	38
<b>3.OBJETIVOS DEL ESTUDIO E HIPOTESIS</b>	46
<b>4.MATERIAL Y MÉTODO</b>	50
4.1. Diseño del estudio	52
4.2. Población del estudio	52
4.3. Tamaño muestral	54
4.4. Grupos de tratamiento	56
4.5. Consideraciones éticas	58
4.6. Protocolo Intervención grupal Psicoeducativa	59
4.7. Formación a las enfermeras comunitarias	60
4.8. Instrumentos de evaluación	61
4.9. Variables del estudio	63
4.10. Fuentes de información	64
4.11. Estrategia de Análisis	64
<b>5. RESULTADOS</b>	66
Artículos publicados o pendientes de publicación	68
<b>Artículo 1:</b> <i>Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial</i>	70
<b>Artículo 2:</b> <i>Evaluation of effectiveness of a Psycho-educational intervention in treatment-naïve patients with antidepressive medication in Primary Care: randomized controlled trial</i>	72
<b>Artículo 3:</b> <i>Quality of life Improvement after a Psychoeducational Group Program in Patients with Major Depression in Primary Care: a Randomized Clinical Trial (Pendiente publicación)</i>	74

<b>6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS</b>	76
<b>7. DISCUSIÓN</b>	82
<b>8. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES</b>	94
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b>	100
<b>10. ANEXOS</b>	120
<b>Anexo 1:</b> <i>Protocolo intervención Grupal Psicoeducativa para pacientes con depresión leve/moderada en Atención Primaria</i>	122

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1:</b> Listado de estudios sobre Psicoeducación grupal	31
<b>Tabla 2:</b> Listado EAP que participaron en el estudio	53
<b>Tabla 3:</b> Objetivos y contenido de las sesiones grupales	56
<b>Tabla 4:</b> Intervenciones de enfermería	60
<b>Tabla 5:</b> Diagnósticos de enfermería	60

# **1. INTRODUCCIÓN**





## **1.1. Definición y diagnóstico de la Depresión**

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (GPC Manejo Depresión en el adulto del SNS, 2014).

Los criterios diagnósticos de la Depresión Mayor más utilizados son los de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y la clasificación de la American Psychiatric Association (APA) (APA, 2013). La CIE-10, clasifica la Depresión Mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39), concretamente en la categoría F32 de episodio depresivo. Según esta clasificación, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos 2 semanas y no puede ser atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. También requiere la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas (criterio B): 1) humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas; 2) marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras; 3) falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. Además también debe presentar por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales (criterio C) : 1) pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad; 2) reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada; 3) pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida; 4) quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones; 5) cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición; 6) alteraciones del sueño de cualquier tipo; y 7) cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

El episodio depresivo se subdivide según la intensidad y duración de la sintomatología depresiva, como el Episodio depresivo leve (F32.0), el Episodio depresivo moderado (F32.1) y el Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

En el "*Episodio depresivo leve*" (F32.0) están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

En el "*Episodio depresivo moderado*" (F32.1) están presentes al menos dos síntomas del criterio B y los síntomas adicionales del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

En el "*Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*" (F.32.2) deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de Depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes.

Entre los rasgos clínicos diferenciales de la patología depresiva en Atención Primaria, pueden destacarse los siguientes tres que son fundamentales (Gilaberte, 2004):

- Un patrón casi constante de asociación con síntomas somáticos que son: bien motivo principal de consulta, bien consecuencia de la "amplificación somatosensorial" que acompaña al humor depresivo, o bien (en menor proporción) un patrón sintomático único asociado a la negación de malestar psicológico.
- La presencia de trastornos depresivos aparentemente menos graves, cuya sintomatología depresiva puede no llegar a cumplir los criterios diagnósticos de trastornos depresivos específicos en las clasificaciones CIE-10 o DSM-IV (los denominados trastornos umbrales).
- Una prevalencia elevada de cuadros mixtos, es decir, ansiosos y depresivos comórbidos, que condicionan de modo determinante el tratamiento y el pronóstico de los mismos.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2012) sólo la mitad de las personas que la padecen reciben la atención necesaria, y menos del 25% de los afectados tienen acceso a tratamientos eficaces (WHO, 2012). Según un estudio llevado a cabo en

España, sólo un tercio de los casos que llegan a las consultas de Atención Primaria son diagnosticados (Aragonès, Labad y Piñol, 2005).

## **1.2. Prevalencia y curso clínico de la Depresión**

Según la Organización mundial de la salud, la depresión afecta aproximadamente a unos 350 millones de personas en todo el mundo (WHO, 2012). La prevalencia de la Depresión es variable según el país. La *National Comorbidity Survey Replication* de Estados Unidos estima una prevalencia del 16.6% en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6.6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año) (Kessler et al., 2003; Kessler et al., 2005). Según el estudio ESEMeD (*European Study of Epidemiology of Mental Disorders*) llevado a cabo en 6 países europeos (Bélgica, Francia, Italia, Alemania, Dinamarca y España) la prevalencia de la Depresión Mayor en Europa era del 12.8% en algún momento de su vida y del 3.9% en los últimos 12 meses (ESEMeD/ MHEDEA, 2004). Afecta a una de cada seis mujeres, con una prevalencia del 9 % en hombres y un 17% en mujeres adultas en algún momento de su vida (Wahlbeck & Mäkinen, 2008; ESEMeD/ MHEDEA, 2004). Este mismo estudio estimó que la prevalencia en España era del 10.6% en algún momento de su vida y del 4% en los últimos 12 meses (Gabilondo et al., 2010; Haro et al., 2006).

En el ámbito de Atención Primaria, la prevalencia de la depresión en Europa es del 12.2% en los últimos 12 meses (prevalencia-año) (King et al., 2008), y en España oscila entre el 9.6% y el 20.2% según los diferentes estudios llevados a cabo en población adulta (Gabarrón et al., 2002; Aragonés et al., 2004; Caballero et al., 2008; King et al., 2008; Serrano-Blanco et al., 2010).

En relación a su curso clínico, la depresión es una condición psicopatológica muy heterogénea, muestra un curso evolutivo muy variable y tiene manifestaciones clínicas diferentes relacionadas con los diferentes grados de severidad, y parece que ambas condiciones tienen una repercusión determinante en la respuesta terapéutica; pero no está claro qué factores pueden tener un valor prescriptivo respecto a la elección de las diferentes alternativas terapéuticas eficaces.

### **1.3. Depresión y Calidad de vida**

#### **1.3.1. La carga global de la depresión**

Según el estudio "*Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*" (Whiteford et al., 2013), los trastornos mentales y por consumo de sustancias son la quinta categoría de trastorno más importante en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y la primera causa a nivel mundial en años vividos con discapacidad (AVD). Representando una proporción del 7.4 % y 22.9% de todos los AVAD y AVD a nivel mundial.

Dentro de la categoría de trastornos mentales y por consumo de sustancias, los trastornos depresivos representaban el mayor causante de AVAD, con un porcentaje del 40.5%, seguidos por los trastornos de ansiedad (14.6%), trastornos por consumo de drogas (10.9%) y trastornos por consumo de alcohol (9.6%).

#### **1.3.2. Impacto de la Depresión en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

El impacto negativo de la depresión en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes se ha demostrado que es igual, o mayor, que otras importantes condiciones médicas crónicas como la diabetes mellitus, enfermedades cardíacas o la artritis (Bonicatto et al., 2001; Hays, Wells & Sherbourne, 1995; Sprangers et al., 2000; Wells et al., 1989; Wells & Sherbourne, 1999). Los estudios han demostrado que pacientes con depresión o con síntomas depresivos leves tenían pobre funcionamiento a nivel físico, social y en la realización de las actividades de la vida diaria, peor bienestar emocional, más fatiga, grandes niveles de dolor y pobre percepción de salud comparada con la población general (Barbui et al., 2011; Dan & Younossi, 2010; Rapaport & Judd, 1998; Wells et al., 1989).

El estudio de Nuevo et al. (2010) sobre el impacto del tipo e intensidad de la depresión en la calidad de vida en población comunitaria, mostró que pacientes sin síntomas depresivos tenían mejor calidad de vida y mejor funcionamiento en la vida diaria, en comparación con personas con síntomas depresivos leves y severos. El estudio mostró que existía una relación entre el nivel de sintomatología depresiva y la calidad de vida, y que los síntomas extremos (leves y severos) eran claramente distinguidos en términos de calidad de vida. Los autores

remarcaban la necesidad de disponer de guías de tratamiento específicas para los episodios depresivos leves. De acuerdo con el estudio de Nuevo et al. (2010) el estado de depresión, ser viudo, la presencia de discapacidad, ser mayor y ser una mujer está relacionado con peor calidad de vida. Se han descrito datos similares en otras muestras europeas (Kruijshaara et al., 2003).

La depresión se ha asociado con una mayor morbilidad, mortalidad, utilización de servicios sanitarios y aumento de costes en los cuidados de salud (Benton, Staab & Evans, 2007; Katon, 2003; Salvador-Carulla et al., 2011). Los costes económicos asociados al trastorno depresivo son elevados, tanto los directos, derivados del consumo de recursos sanitarios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, la prevención, la rehabilitación y el cuidado, como los indirectos, ocasionados por la pérdida de empleo, una menor productividad laboral o la muerte prematura ( Caballero-Martínez et al., 2014). En el estudio poblacional llevado cabo en España en el 2004 por Sicras et al. (2010) demuestran que los costes totales divididos en sanitarios (directos) y en pérdidas de productividad laboral (indirectos) representan el 32.9% y el 57.1%, respectivamente. El 41% del coste de la atención sanitaria corresponde a la atención especializada y el 59% restante a la Atención Primaria (Sicras et al. 2010). Los costes económicos de la depresión se han duplicado en los últimos diez años, debido principalmente a un aumento en los costes indirectos producidos por la pérdida de la productividad (Wahlbeck & Mäkinen, 2008). Por tanto, hay una clara necesidad de mejorar el manejo de la depresión sin incrementar los costes de la salud mental pública.

El estudio de Caballero-Martínez et al. (2014) evaluó el uso de recursos sanitarios imputables al trastorno depresivo en el ámbito de Atención Primaria (costes directos) y la pérdida de productividad (costes indirectos) en una muestra de 22.795 pacientes atendidos, entre 2005 y 2009, por un nuevo episodio de trastorno depresivo en los centros de Atención Primaria de una región de Madrid. Los autores llegan a la conclusión que el 31% del coste total anual del manejo del paciente es debido a costes directos (costes farmacológicos y costes asistenciales) y el 69% restante es atribuible a costes indirectos (costes laborales).

#### **1.4. El tratamiento de la Depresión en Atención Primaria**

Numerosos estudios demuestran qué tipo de estrategias son eficaces para el manejo de la depresión en Atención Primaria, como las intervenciones complejas que incorporan educación clínica, la gestión de casos y la consulta telefónica de la medicación por parte de enfermeras, y las intervenciones con un alto grado de integración entre Atención Primaria y salud mental, como los modelos escalonados y los de atención colaborativa (Calderon et al., 2013; Christensen et al., 2008; Gilbody, 2008; GPC Manejo Depresión en el adulto del SNS, 2014; National Collaborating Center for Mental Health, 2009).

Los modelos escalonados de tratamiento se han desarrollado con el objetivo de maximizar la eficiencia mediante la proporción de las intervenciones menos intensivas según el estado y evolución del paciente. La atención se estratifica de modo que el primer escalón propuesto es la intervención menos intensiva en Atención Primaria, y en las depresiones graves y/o resistentes, el nivel asistencial más apropiado sería el especializado (Palau et al., 2010; GPC Manejo Depresión en el adulto del SNS, 2014). Según este modelo, para la depresión leve en Atención Primaria se recomendarían intervenciones de apoyo, evaluación, psicoeducación, psicológicas y tratamiento farmacológico. Éste es uno de los modelos de prestación de servicios mejor desarrollado y que puede garantizar el acceso a tratamientos coste-efectivos, aunque la evidencia de su eficacia es limitada (Calderon et al., 2013; Gabilondo et al., 2012; National Collaborating Center for Mental health, 2009). Según el estudio de Aragonès et al. (2012), la implementación de un modelo escalonado para la depresión unido a otras intervenciones como la formación de los profesionales, empleo de guías de práctica clínica, definición del papel de enfermería, psicoeducación de los pacientes, mejora de la comunicación entre Atención Primaria y especializada se ha asociado con una mejora de los resultados clínicos en Atención Primaria.

La atención colaborativa es un modelo que potencia la intervención de los *care manager*, que generalmente son enfermeras/os, cuya función principal es mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con depresión, planificando cuidados enfermeros en función de sus necesidades y realizar funciones de integración y coordinación de las intervenciones de los diferentes profesionales para organizar una mejor asistencia sanitaria y calidad de cuidados al paciente (GPC Manejo Depresión en el adulto del SNS, 2014). En España, el modelo INDI

*(Interventions for depression Improvements)* es un ejemplo de atención colaborativa que ha mostrado unas tasas de respuesta y remisión de la depresión un 15-20% más altas en comparación con el grupo de pacientes que recibió la atención habitual después de un año de seguimiento (Aragonès et al., 2008; Aragonès et al., 2012).

La mayoría de guías de práctica clínica internacionales para el manejo de la depresión recomiendan intervenciones psicoeducativas o psicoterapias breves como primer eslabón en el protocolo de tratamiento, no recomiendan la administración de medicación si la sintomatología es leve y señalan que puede ser tratada por profesionales del ámbito de la Atención Primaria (APA, 2010; NICE, 2009; Preventive Services Task Force, 2009).

En la actualidad, el estudio de la eficacia y efectividad de las intervenciones psicológicas o psicosociales en la depresión configuran un área de investigación terapéutica de interés creciente en Atención Primaria dada la elevada prevalencia, heterogeneidad y curso crónico-recurrente de la patología depresiva, la influencia conocida de factores sociales en la cronificación de sus síntomas, y la frecuencia del abandono de la medicación (Simon et al., 2002).

Se ha observado que la participación del personal de enfermería en la educación sanitaria del paciente, en la creación del vínculo terapéutico, en la valoración del cumplimiento del tratamiento, en el acompañamiento psicológico y el apoyo a la familia es fundamental para la recuperación del paciente (Peveler et al., 1999; Araya et al., 2003). Los modelos escalonados colaborativos de manejo de la depresión en Atención Primaria justifican la importancia del papel de los profesionales de enfermería como gestores y coordinadores de la atención al paciente afecto con depresión (Aragonès et al., 2012; Gabilondo et al., 2012).

Hay estudios que demuestran la importancia del rol de enfermería en la prevención y promoción de la salud mental, concretamente en la depresión y la ansiedad. Estos estudios se basan en programas de apoyo educativo y contención emocional por teléfono o en la consulta de Atención Primaria, y programas de control de la adherencia a determinados tratamientos farmacológicos realizando un seguimiento mediante visitas a domicilio o llamadas telefónicas (Aragonès et al., 2012; Gilbody et al., 2003; Horrocks, Anderson &

Salisbury, 2002; Hunkeler et al., 2000; Kates & March, 2007; Shum et al., 2000). Así como la eficacia de las intervenciones grupales como tratamiento alternativo y como tratamiento de soporte al tratamiento farmacológico habitual para tratar los trastornos de ansiedad y depresión (Peveler et al., 1999; Tierno et al., 2003; Araya et al., 2003).

## **1.5. La Psicoeducación**

### **1.5.1. Definición de psicoeducación**

El concepto de psicoeducación fue utilizado por primera vez en la literatura médica en un artículo de John E. Donley, «Psychotherapy and re-education», en la revista *Journal of Abnormal Psychology* publicada en 1911. No fue hasta 30 años más tarde cuando apareció por primera vez el término psicoeducación en el título de un libro, «The psychoeducational clinic» publicado en 1941 (Tomlinson, 1941). El desarrollo de la expresión psicoeducación en su forma actual es atribuido a la investigadora estadounidense Carol M Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se basaba en educar a los familiares en relación con los síntomas y el proceso de la enfermedad.

Actualmente el término psicoeducación en el ámbito de la salud mental hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren un trastorno mental con el objetivo que el paciente o la familia entiendan y sea capaz de manejar su trastorno. Se refuerzan los puntos fuertes, los recursos y las habilidades propias de los pacientes para hacer frente a su situación de salud, para evitar recaídas y contribuir al propio bienestar. También tienen la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psiquiátricos y a disminuir las barreras para su tratamiento. La intervención educativa se basa en la intervención activa del paciente, tanto en el análisis de su problema de salud como en su posible solución (Kaplan & Sadock, 1996; Palacin, 2004). La psicoeducación podría ser definida como un entrenamiento en mejorar la fortaleza del paciente con el objetivo de promover el conocimiento y proactividad, proporcionando herramientas para gestionar, hacer frente y vivir con una enfermedad crónica (es decir, mejorando la adherencia, identificación temprana de signos de alerta, estilo de vida, gestión de crisis, comunicación), y el cambio de comportamientos y actitudes relacionadas con la enfermedad. La psicoeducación reemplaza la culpa por la responsabilidad, la impotencia por la atención proactiva y la negación por el conocimiento. La



psicoeducación va más allá de informar a los pacientes sobre su enfermedad o darles alguna indicación sobre su prevención y gestión de crisis (Colom, 2011).

El concepto de psicoeducación tiene connotaciones diferentes según el trastorno mental al que se aplica. Por ejemplo, en el caso de trastorno bipolar (Colom & Vieta, 2004; Colom et al., 2009) la psicoeducación grupal es un tratamiento adicional al tratamiento farmacológico que tiene como objetivo ayudar a la persona a convivir con la enfermedad mediante una mejor comprensión de la misma, ayudando a la persona a reconocer los síntomas precoces de una recaída, el manejo de los síntomas y un mantenimiento regular del funcionamiento diario. Este tratamiento está basado en el modelo biosicosocial y proporciona a la persona una comprensión teórica y práctica acerca de su enfermedad, y lo hace partícipe activo en la evolución favorable de su enfermedad.

La psicoeducación puede ser individual, grupal o familiar y puede realizarse en un entorno clínico hospitalario o especializado, en un contexto socio-sanitario, en un centro de Atención Primaria de salud, en un dispositivo comunitario o en el hogar (Kaplan & Sadock, 1996; Saéz & Pérez, 2001). La duración del grupo puede ser variable (desde días a años) en función de los contenidos, la patología, el número de miembros y de su permanencia en el mismo.

El grupo psicoeducativo puede ser conducido por uno o dos profesionales sanitarios (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, médicos de familia) y con una formación previa (Palacin, 2004).

### **1.5.2. Intervenciones psicoeducativas para la Depresión**

Hasta el momento, la mayoría de estudios sobre la eficacia de la psicoeducación para pacientes con trastornos del humor se centra en trastorno bipolar (Colom, 2011), pero recientemente las guías de práctica clínica internacionales recomiendan intervenciones psicoeducativas en Depresión Mayor (APA, 2010; NICE, 2010; Preventive Services Task Force, 2009) cuya eficacia ha sido mucho menos estudiada.

La psicoeducación en Depresión Mayor ha mostrado: **1)** reducir los síntomas depresivos (Brown et al., 2004; Butler et al., 2008; Christensen et al., 2004; Clarke et al., 2005;

Cuijpers et al., 2009b; Dalgard, 2006; Donker et al., 2009; Dowrick et al., 2000; Hansson, Bodlund & Chotai, 2008; Jamison & Scogi, 1995; Katon et al., 2001; Simon et al., 2002; Von Korff et al., 2003); **2)** reducir el riesgo de recaídas o recurrencia (Cuijpers et al., 2009a; Morokuma et al., 2013; Shimazu et al., 2011; Shimodera et al., 2012) y **3)** mejora la adherencia al tratamiento (Katon et al., 2001; Von Korff et al. 2003; Seedar, Haskis & Stein, 2008). En estos estudios, el programa "Coping with Depression" (CWD) es el más utilizado.

El "*Coping with Depression*" course (CWD) (Lewinsohn et al., 1984) es una intervención cognitiva-conductual basado en la teoría del aprendizaje social de la depresión con el objetivo de mejorar el nivel de autoestima y soporte social, y mejorar las habilidades que previenen la depresión desde su inicio: habilidades sociales, manejo del nivel de actividad (actividades placenteras) y gestión de las cogniciones depresivas. Este curso está disponible en diferentes formatos (manual e internet), para diferentes poblaciones (jóvenes, adultos y tercera edad) y en diferentes idiomas.

En un meta-análisis que incluyó 25 ensayos controlados aleatorizados mostró que el CWD era efectivo en reducir síntomas depresivos con un tamaño del efecto de pequeño a moderado, y en la prevención de recaídas con un tamaño del efecto de moderado a grande (Cuijpers et al., 2009a).

Otras intervenciones psicoeducativas son las intervenciones específicas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico (Peveler et al., 1999), las intervenciones multicomponente (stepped care) estructuradas en un formato grupal psicoeducativo (Araya et al., 2003) y las intervenciones de orientación cognitivo-conductual estructuradas en un formato grupal psicoeducativo (Brigh, Baker & Neimeyer, 1999). También existen otros formatos psicoeducativos como los talleres cognitivos psicoeducacionales (Brown et al., 2004), biblioterapia cognitiva (Jamison & Scogin, 1995), educación y grupo de asesoramiento (Hansson, Bodlund & Chotai, 2008) y algunas intervenciones psicoeducativas como la terapia cognitiva-conductual computarizada (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004; Clarke et al., 2002; Clarke et al., 2005; Meyer et al., 2009) y psicoeducación a través de la

web que incluye información sobre estilos de vida saludable (Australian National University, 2014).

### **1.5.3. Ventajas de la intervención psicoeducativa grupal**

Algunos estudios debaten sobre la eficacia de las terapias grupales versus las individuales en relación a resultados clínicos y coste efectivos (Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2008; Cuijpers et al., 2011; Von, 2005).

Lo que sí se conoce es que las intervenciones grupales poseen unos factores terapéuticos diferentes de las intervenciones individuales (Vinogradov, S. & Yalom, 1996).

Un grupo está formado por un conjunto de personas que tienen una finalidad y unos objetivos comunes, que interaccionan y que ejercen diferentes roles, que tienen conciencia de que forman parte de un grupo y que establecen relaciones de interdependencia (Pérez & Sàez, 2001). Es decir, que las acciones y respuestas de cada miembro pueden afectar e influir a los demás, por tanto, el grupo no es considerado la suma de individuos que lo componen (Palacin, 2004).

A continuación se enumeran algunas características, ventajas o factores terapéuticos de las intervenciones grupales (Vinogradov & Yalom, 1996; Guimón, 2003):

- La información que el sujeto recibe en el grupo es mucho más que la que puede recibir a partir de la sola fuente (del conductor/terapeuta del grupo). En el grupo, las fuentes de experiencias e informaciones se multiplican, y éstas no sólo provienen del conductor/terapeuta sino también de los miembros del grupo, lo que abre un amplio margen para el intercambio de ideas, sentimientos y otras experiencias.
- El grupo no sólo posibilita el intercambio de experiencias sino que amplía la red de apoyo social que el sujeto recibe. Probablemente uno de los aspectos más importantes de las experiencias grupales se vincula a esta experiencia de ayudar y ser ayudado, el sentimiento de altruismo.
- El grupo ofrece nuevas posibilidades de aprendizaje interpersonal, donde sus integrantes pasan por un proceso en el que los comportamientos formales que inicialmente manifiestan unos en relación con los otros, se transforman en

comportamientos espontáneos, íntimos, verdaderos y no formales; los sujetos llegan a sentirse auténticos en su trato con los otros.

- El grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo que contribuye a que los sujetos estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como víctimas de su destino.
- En el grupo, el individuo puede mejorar su capacidad para afrontar y resolver problemas.
- El grupo posibilita mejorar la comprensión y la sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y del resto de integrantes del grupo.
- Se produce un fuerte sentimiento de pertenencia grupal y un gran sentido de solidaridad, el grupo se convierte en el marco dónde se comparten los problemas y las dificultades. Se sienten comprendidos, apoyados y reforzados.

El número de sesiones y su duración son factores relevantes para que sus participantes puedan internalizar los métodos y procesos enseñados durante las intervenciones. Por eso no se recomiendan intervenciones inferiores a 9 sesiones y sesiones inferiores a una hora, ya que no permite que los usuarios se sientan comprometidos en el proceso grupal (Jané-Llopis et al., 2003).

#### **1.5.4. La psicoeducación grupal del estudio**

La intervención grupal psicoeducativa que se presenta en este trabajo incluye 3 aspectos fundamentales para el manejo del paciente con depresión: 1) mejorar los conocimientos del trastorno (conocer sus síntomas y causas; información sobre los tratamientos farmacológicos, sus efectos secundarios y la importancia de la adherencia al tratamiento); 2) promover conductas saludables y adquisición de hábitos beneficiosos para la salud (aspectos del cuidado personal como la dieta, ejercicio físico, el descanso y el tiempo libre, y habilidades personales como la autoestima, autoimagen y asertividad); y 3) proporcionar el desarrollo de recursos personales para hacer frente a las situaciones críticas (técnicas de respiración y relajación; técnicas de activación conductual, cognitivo-conductuales y de resolución de problemas). Y de estos, se hace especial énfasis en la activación conductual y los hábitos de salud.

La terapia de activación conductual (Pérez, 2007; Cuijpers et al. 2007b) es un tipo de tratamiento estructurado y breve para la depresión que se basa en las teorías del aprendizaje, y como la modificación de un comportamiento puede ejercer un efecto positivo en las emociones. La depresión se entiende dentro del contexto de las circunstancias personales, los síntomas se valoran como intentos o esfuerzos fallidos por resolver un problema de la vida. El enfoque de la depresión es más, pues, una situación en qué una persona está, y no el concepto de "enfermedad" que uno tiene dentro de la cabeza. Desde la perspectiva de esta terapia, la visión de la persona afecta de depresión cambia; tiene un papel más activo en relación con su problema, puesto que puede modificar las condiciones reales que la originan, y no concibe como un sujeto pasivo, receptor de remedios que fomentan que se sienta desvalido y que se instale en el rol de "enfermo". Se pretende desculpabilizar a la persona que se siente mal por estar deprimido, además de ofrecer más posibilidades para su mejoría al presentar el enfoque del trastorno como un "estar" y no un "ser". Se considera el estado de la depresión como una trampa de la que hay que salir. Siempre hay una causa que precipita este estado (situaciones adversas de la vida, estrés) a la que se responde con sentimientos de tristeza y desesperanza, estos sentimientos nos llevan a conductas de evitación (aislarse, dejar de hacer cosas, preocupación excesiva,..). Son precisamente estas conductas de evitación las que hacen que se mantengan las emociones negativas y se caiga en el episodio depresivo. El salir de este episodio activándose es el camino alternativo.

Los hábitos de salud en relación con la tríada alimentación equilibrada, ejercicio físico y descanso nocturno, no ofrece hoy en día ninguna duda de su importancia para la prevención de cualquier trastorno en la esfera física o mental (GPC Manejo Depresión en el adulto del SNS, 2014; Mataix, 2002; Roselló, 2006; Vallbona et al., 2007;).

Otros aspectos que se trabajan en esta intervención son:

- 1) Las técnicas de respiración diafragmática y abdominal. La respiración es un elemento que se altera con facilidad con las emociones, por tanto, el objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés.

- 2) La técnica de resolución de problemas, el entrenamiento de recursos que facilitan el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés. Esta técnica se caracteriza por la facilidad en su aplicación, la brevedad en el tiempo, el aprendizaje sencillo y un buen nivel de efectividad (Becoña, 1993; D’Zurilla & Goldfried, 1971; Garcia, Hidalgo & Orozco, 2006; Labrador, Cruzado & Muñoz, 1989).
- 3) El entrenamiento en la asertividad, entendido como la capacidad de autoafirmar los propios derechos sin dejarse manipular por los demás y respetando los derechos de los demás, es de gran ayuda para los participantes del grupo que en muchas ocasiones se sienten arrastrados a realizar o dejar de realizar cosas ante la incapacidad de saber decir “no”. Este hecho acompañado de una autoestima baja, hacen de vital importancia el trabajo realizado en las sesiones dedicadas a ellas. (Caballo, 1993; Castanyer, 1996; Cibanal, Arce & Caballal, 2003; Lindenfield, 2002 )
- 4) La terapia cognitivo-conductual, supone otro de los puntos en los que se apoya la intervención grupal psicoeducativa, por la importancia que tiene en este tipo de pacientes y lo invalidante que es para ellos la recurrencia de pensamientos negativos. Esta terapia se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. La terapia racional emotiva de Ellis, que parte de la constatación que muchos trastornos emocionales son fruto de creencias irracionales que hay que modificar (Bas & Navia, 1994; Ellis & Grieger, 1994; Lawrence, Shaffer & Shaffer, 1993).
- 5) Educación en el manejo del tratamiento farmacológico, sus efectos beneficiosos y posibles efectos adversos, y la importancia de una buena adherencia terapéutica.
- 6) Educación en la gestión del tiempo y de las actividad de la vida diaria, como organizar el tiempo incorporando ideas que proporcionen más flexibilidad, mejor distribución de las cargas y ayuda para priorizar.

#### **1.5.5. Evidencia científica sobre la Psicoeducación**

Existe una amplia variedad de intervenciones psicológicas para la depresión (Hollon & Ponniah, 2010) y una de las que ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de la depresión es la psicoeducación (Cuijpers et al., 2011; Hollon & Ponniah, 2010; Tursi et al., 2013). En relación al manejo de los síntomas depresivos leves y moderados, la psicoeducación es una

terapia efectiva (Cuijpers et al., 2011; NICE, 2009) puesto que reduce los síntomas depresivos y puede prevenir la depresión en los pacientes de Atención Primaria (Cuijpers et al., 2009; Muñoz et al., 1995; Willense et al., 2004).

En relación a la psicoeducación, ésta se ha utilizado en los ámbitos comunitarios y de cuidados de la salud y parece efectiva en los programas de prevención y de mejora de la calidad en Atención Primaria de los Estados Unidos (Dowrick et al., 2000; Muñoz et al., 1995; Wells et al., 2000). En Europa, la intervención psicoeducativa en Atención Primaria ha mostrado ser efectiva en la reducción de síntomas depresivos en depresiones leves y moderadas a corto plazo (Allart-van et al., 2003; Dalgard, 2006) y a largo plazo (Allart-van et al., 2007) y se ha mostrado que puede ser llevada por enfermeras comunitarias con una formación previa (Araya et al., 2003; Dalgard, 2006; Dowrick et al., 2000; Peveler et al., 1999). La mayoría de estudios que han evaluado la efectividad de la psicoeducación han utilizado el curso *Coping with Depression* (CWD) o una versión del mismo.

En la tabla 2 se describen un listado de estudios que han evaluado la eficacia de la psicoeducación grupal, y que posteriormente, explicamos más en profundidad.

Evaluación de la efectividad de la Psicoeducación grupal en Depresión Mayor (Síntomas leves/ moderados) en Atención Primaria

Tabla 2: Listado estudios sobre psicoeducación grupal

Autor	Población /Ámbito	País	Muestra	Reclutamiento	Definición Depresión	Medidas de resultado	Instructores	Intervención	Seguimiento	Análisis
<b>Allart-van Dam 2003</b>	Adultos entre 18-65 años/Comunitario	Holanda	n=110	A través de periódicos y TV local.	BDI $\geq$ 10	CIDI computerizado; BDI; GHQ-28; ATQ; NPV-ZW;SIG;SSI;SSP;PES-MR	Un psicólogo y un estudiante de psicología.	1. CWD grupal (n= 68); 2. Cuidados habituales ( n= 42).  CWD: 12 sesiones de 2 horas/ 8-10 participantes por grupo.	Pre-Post	ITT
<b>Allart-van Dam 2007</b>	Misma muestra de pacientes que el estudio Allart-van Dam 2003	Holanda	n=110	A través de periódicos y TV local.	BDI $\geq$ 10;	CIDI computerizado; BDI; GHQ-28; ATQ; NPV-ZW; SIG; PES-MR	Un psicólogo y un estudiante de psicología.	1. CWD grupal (n= 62); 2. Cuidados habituales ( n= 41).  CWD: 12 sesiones de 2 horas/ 8-10 participantes por grupo.	Pre- 6 y 12m	ITT
<b>Araya 2003</b>	Mujeres adultas de 18 a 70 años/ Atención Primaria	Chile	n=240	3 centros de Atención Primaria en áreas de bajos recursos económicos de Santiago de Chile	Depresión Mayor según MINI , criterios DSM-IV	HDRS, SF-36; GHQ-12	Trabajadoras sociales y enfermeras	1. Psicoeducación grupal ( PE ) ( n=120). 2. Cuidados habituales ( n=120 )  PE: 7 sesiones de 75 min+ 2s de recordatorio / 20 participantes grupo	Pre-Post y 6 m	ITT
<b>Dalgard 2006</b>	Adultos/ Atención Primaria	Noruega	n=155	A través de anuncios en un periódico de Oslo	Depresión unipolar según criterios DSM-IV	BDI	2 enfermeras con formación en psiquiatría	1. CWD grupal (n= 81); 2. Cuidados habituales (n= 74).  CWD: 8 sesiones de 2.5 horas+ 3s de recordatorio/ 8-10 participantes por grupo.	Pre-Post, 6 y 12 m	ITT
<b>Dowrick 2000</b>	Adultos entre 18-65 años /Centros comunitarios	Finlandia, Rep. Irlanda, Noruega, España y Reino Unido	n=452	Centros comunitarios de zonas rurales o urbanas de 5 países (Finlandia, República de Irlanda, Noruega, España y Reino Unido).	Trastorno depresivo según CIE-10 y DSM-IV. Según BDI.	BDI, SF-36	Psicólogos, enfermeras o profesiones sanitarias relacionadas.	1. TRP individual (n=128); 2. CWD grupal ( n= 108); 3.Cuidados habituales (n=189)  CWD: 12 sesiones de 2 horas	Pre- 6 y 12 m	ITT
<b>Brown 1984</b>	Adultos entre 16 y 65 años/ Comunitario	EEUU	n=63	A través de anuncios a nivel comunitario.	Criterios diagnósticos para Depresión unipolar según RDC.	BDI, CES-D	Psicólogos con amplia formación	1. Sesiones individuales (N=13) 2. CWD grupal ( n=25) 3.Minimo contacto telefónico (n= 14) 4. Lista de espera (n=11)  CWD: 12 sesiones de 2 horas	Pre-Post, 1, 6 m	No ITT

**Abreviaturas:** **ATQ** ( Automatic Thoughtas Questionnaire); **BDI** ( Beck Depression Inventory); **CES-D** (Center for Epidemiologic Studies -Depression Scale ); **CIDI** ( entrevista ) ; **CIE-10** (Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima edición ); **DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition); **GHQ-28** ( General Health Questionnaire); **HDRS** (Hamilton Depression Rating Scale); **ITT** (Intento-to-treatment); **MINI** ( Mini International Neuropsychiatric Interview ),**NPV-ZW** ( Self- Esteen subscale of the Dutch Personality Questionnaire); **PES-MR** ( Pleasant Events Schedule- Mood related subscale); **RDC** ( Research Diagnostic Criteria); **SF-36** (Short Form Health Survey ); **SIG** (Scale for Interpersonal Behaviour); **SSI** (Social Support Interaction); **SSP** (Social Support- Perspective).



Existe evidencia que sostiene la efectividad de la intervención *Coping with Depression Course* (CWD) en relación a la reducción de los síntomas en personas con Depresión clínica. En el metanálisis de Cuijpers et al. (1998) sobre la efectividad del CWD mostró que este curso es una terapia efectiva para la Depresión unipolar, con un tamaño del efecto que es comparable con aquellas otras modalidades de tratamiento para la depresión. Los autores comentan que se debería seguir investigado la eficacia de esta intervención debido a que los estudios incluidos en el metanálisis presentaban algunas limitaciones metodológicas. Y también se debería seguir investigando la eficacia de esta intervención, como por ejemplo, para determinar que personas con sintomatología depresiva podrían beneficiarse más de esta intervención, ya que la experiencia clínica indicaba que no todos los pacientes con síntomas depresivos se beneficiaban de este formato psicoeducacional.

Una revisión sistemática sobre la efectividad de la psicoeducación para la depresión (Tursi et al., 2013) llega a la conclusión que hay pocos estudios en relación a la efectividad de la psicoeducación en población adulta con trastorno de Depresión Mayor. Y remarca que mientras las publicaciones en este área son aun limitadas, los artículos seleccionados en la revisión sistemática sugieren que la psicoeducación es efectiva en la mejora del curso clínico, en la adherencia al tratamiento farmacológico y en la mejora del funcionamiento psicosocial del los pacientes con depresión.

El estudio de *Allart-Van Dam* et al., (2003) estudia la eficacia a corto plazo del CWD en una muestra de población adulta holandesa con puntuaciones en el BDI  $\geq 10$ . En este estudio el curso CWD se realizaba en formato grupal y el grupo era conducido por un psicólogo y un estudiante de grado de psicología. El CWD consistía en 2 horas semanales con una duración de 12 semanas y a las seis semanas después de completar el curso, se realizaba una sesión de refuerzo, en la cual se ponían en común las experiencias y el uso de las técnicas aprendidas durante el curso. Ambos instructores habían recibido una formación previa con una duración de dos días, y donde trabajaron con detalle el protocolo para garantizar la integridad de la intervención. Una vez al mes los instructores conversaban sobre los avances del curso con un supervisor.

Los resultados obtenidos al cabo de un mes de finalizar la intervención muestran que el CWD era eficaz en reducir los síntomas depresivos a corto plazo y se obtenía un tamaño del efecto

grande de 0.80, y en la remisión de los síntomas comparado con el grupo control. Los resultados a corto plazo justificaban el uso del CWD como tratamiento para las personas con depresión.

En un estudio posterior, Allart-Van Dam et al. (2007) evaluó el efecto a largo plazo del CWD, a los 6 y 12 meses de finalizar la intervención, con la misma muestra de pacientes del estudio anterior (Allart-Van Dam et al., 2003). Los resultados del estudio mostraron que la intervención era eficaz a largo plazo en los participantes con sintomatología depresiva leve ( $BDI \geq 10$  y  $< 19$ ). No se registraron diferencias significativas entre grupos en cuanto al uso de antidepresivos a largo plazo. Los autores concluyen que el programa CWD es eficaz como tratamiento para la depresión, en aquellos participantes que inicialmente tenían síntomas depresivos leves. Por tanto, los autores comentan que este subgrupo de pacientes debería ser objeto de estudio en futuras investigaciones sobre la eficacia de la psicoeducación, ya que las personas con una puntuación en el BDI entre 10 y 25 son consideradas candidatas para el CWD.

En la muestra de participantes con síntomas depresivos moderados (puntuaciones en el  $BDI \geq 19$   $< 29$ ), el CWD era un tratamiento efectivo a corto plazo, ya que hubo una reducción de la sintomatología en una fase temprana del tratamiento en comparación con el grupo control.

En un estudio de Dalgard et al. (2006) tenía como objetivo evaluar la eficacia de una modificación del curso CWD a personas adultas con diagnóstico de Depresión unipolar en Oslo. La intervención consistía en aplicar el CWD con algunas modificaciones respecto al curso original. El curso consistía en 8 sesiones con una cadencia semanal, y cada sesión tenía una duración de 2.5 horas. Se realizó tres sesiones de recordatorio al cabo de 1,2 y 4 meses finalizado el curso. Cada grupo estaba formado por 8-10 participantes. El grupo estaba liderado por dos enfermeras con conocimientos de psiquiatría y servicios de salud.

El estudio mostró que la intervención era eficaz en personas con Depresión unipolar con relativamente larga duración de la enfermedad, donde otros tipos de tratamiento habían fallado o tuvieron un efecto limitado. El curso era especialmente apropiado para los servicios especializados de psiquiatría al igual que los servicios de Atención Primaria. Los autores valoraban que la realización de esta intervención en Atención Primaria no requeriría formación altamente cualificada, como sería el caso de los psiquiatras y psicólogos, ya que lo

podrían llevar enfermeras con una formación previa. Los resultados del estudio también mostraron que las personas mejoraban antes de recibir las sesiones de refuerzo, entonces los autores se plantean si eran necesarias. Se llega a la conclusión que las sesiones de refuerzo podrían contribuir a la prevención de la recaída después de los primeros dos meses. Los resultados del estudio muestran que en el grupo intervención había una mayor proporción de personas con una mejora de 6 o más puntos en el BDI comparado con el grupo control, y esta diferencia fue estadísticamente significativa post- intervención, pero no a los 6 meses de seguimiento (aunque se encontró una tendencia a la significación estadística). En cuanto a la remisión de los síntomas (BDI <10), no se encontraron diferencias entre grupos post- intervención, pero si en el seguimiento a los 6 meses. El principal efecto de la intervención parecía aparecer después de la octava sesión de grupo, lo que enfatiza la utilidad de las intervenciones psicoeducativas con más de 8 sesiones.

El estudio de Brown et al. (1984) tenía el objetivo de examinar la eficacia del CWD en Depresión unipolar. La muestra estaba formada por 63 participantes con criterios diagnósticos para Depresión unipolar, los cuales eran aleatorizados en los siguientes grupos de intervención: CWD grupal, sesiones individuales, mínimo contacto telefónico y grupo control (lista de espera). Los participantes eran valorados en el momento Pre y Post intervención y a los 6 meses de seguimiento. Los resultados obtenidos indicaban que las tres intervenciones fueron eficaces en la mejora de la Depresión unipolar. Los participantes en las tres condiciones de tratamiento activo comparado con el grupo control mejoraron con diferencias estadísticamente significativas y esta mejora se mantuvo durante el seguimiento. Sólo el 25% de la muestra cumplía criterios diagnósticos para Depresión a los 6 meses de seguimiento. No había diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones de tratamiento activo.

El estudio de Dowrick et al. (2000) tenía como objetivo decidir comparar la adherencia entre dos intervenciones psicológicas (Terapia de Resolución de Problemas (TRP) y CWD) y tratamiento habitual (grupo control) en adultos con sintomatología depresiva en la comunidad, y sus efectos en los síntomas y calidad de vida (cuestionario SF-36, escalas de funcionamiento social, salud mental y rol mental). En el estudio participaron 9 centros comunitarios de 5 países (Finlandia, República de Irlanda, Noruega, España y Reino Unido)

ubicados en zonas urbanas y rurales. La TRP consistía en seis sesiones individuales con una cadencia semanal y se realizaba en el domicilio del participante, y el CWD era una modificación de la versión original con una duración de 8 sesiones de dos horas semanales, y los participantes se tenían que desplazar al centro comunitario.

A los 6 meses post-intervención, la TRP y el CWD comparado con el grupo control, produjeron una mayor remisión de la depresión, y sólo la TRP obtuvo mejoras significativas en la reducción de la sintomatología depresiva. Ambas intervenciones mejoraron más que el grupo control en el cuestionario de calidad de vida SF- 36. A los 12 meses de seguimiento no había diferencias entre grupos. La adherencia fue mayor en la TRP que en la CWD, un 62.5% versus 44.4% atendieron a todas las sesiones, probablemente debido a que la primera se realizaba en el domicilio del participante. Los autores también señalan que el CWD con 8 sesiones podría ser menos efectivo que el de 12 sesiones original, tal como demuestra el estudio de Cuijpers et al., (1998).

La TRP y el curso de CWD pueden ser recomendadas como intervenciones eficaces para personas con Depresión en centros ambulatorios comunitarios rurales y urbanos. Esto es debido a que reducen la severidad y duración de los trastornos depresivos y mejoran el funcionamiento mental y social subjetivo de la persona. Los autores comentan que sus resultados debieran influir en servicios psicológicos en Atención Primaria, enfatizando tratamientos que son específicos, breves, y que requieren de una formación relativamente corta.

En el estudio de Araya et al. (2003) evalúa la efectividad de una intervención psicoeducativa multicomponente versus los cuidados habituales de Atención Primaria en el manejo de la depresión de una muestra de mujeres con pocos recursos económicos en Santiago de Chile. La intervención psicoeducativa consistía en 7 sesiones semanales y 2 sesiones de recordatorio a las 9 y 12 semanas, cada sesión tenía una duración de 75 minutos y cada grupo estaba formado por unas 20 personas. La intervención psicoeducativa era llevada a cabo por enfermeras y trabajadoras sociales. La intervención incluía aspectos como: información sobre los síntomas y causas de la depresión, opciones de tratamiento disponibles, información sobre los tratamientos farmacológicos, y técnicas de activación conductual, resolución de problemas y técnicas cognitivo-conductuales.

Los resultados mostraron mejoras significativas de la escala HDRS post-intervención y a los 6 meses. La puntuación media del HDRS del grupo de pacientes que recibió la intervención psicoeducativa era de 10 puntos menos que el grupo de pacientes que recibió los cuidados habituales a los 3 y 6 meses. Los resultados también muestran una mejora estadísticamente significativa en las cuatro escalas del SF-36 evaluadas (salud mental, role emocional, funcionamiento social y vitalidad) a los 3 y 6 meses de la intervención. Los autores remarcan la importancia del rol de los trabajadores sociales en llevar a cabo estas intervenciones, ya que son profesionales que están en el ámbito clínico y también en contacto directo con las necesidades de la comunidad. El estudio tenía el objetivo de mejorar los cuidados existentes para la depresión mediante protocolos estructurados y racionalizar el uso de los recursos disponibles, y no diseñar un programa que introdujera cambios radicales en la práctica ya establecida.



## **2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**





## 2.1. Antecedentes del estudio

El estudio está enmarcado dentro del proyecto de realización de Intervenciones Psicoeducativas para pacientes con Depresión en Atención Primaria que se inició en el 2005, por iniciativa de la gerencia de Atención Primaria del Institut Català de la Salut (ICS) para realizar este tipo de intervenciones en los equipos de Atención Primaria de Barcelona ciudad pertenecientes al ICS.

Debido a la alta prevalencia de estos trastornos en Atención Primaria, la alta frecuentación de estos pacientes en las consultas de los médicos y enfermeras y el alto uso de recursos sanitarios por parte de estos pacientes, se valoró prioritario realizar algún tipo de intervención en esta población, y que esta intervención fuera llevada a cabo por los profesionales de enfermería de los equipos de Atención Primaria. Se valoró la formación tanto en la estrategia de la intervención grupal y la pasación de escalas a los profesionales de enfermería, ya que estudios mostraban la importancia del rol de enfermería en la promoción de la salud mental, en la prevención de la Depresión y la ansiedad en ámbitos comunitarios y su participación en la conducción de grupos educativos de salud (Benedito et al., 2004; Pla de salut, 2003; Tierno et al., 2003;). Si las actividades que desenvuelve la enfermera diariamente en su consulta (como la educación sanitaria sobre el trastorno, control del cumplimiento terapéutico, valoración del estado funcional del paciente y acompañamiento y contención emocional), se realizan en sesiones grupales de forma sistematizada, protocolarizada y evaluada, se podrán obtener resultados más satisfactorios, eficientes y efectivos.

Durante los año **2005-2006** se trabajó en la elaboración de dos guías para llevar a cabo grupos psicoeducativos para la Depresión y la ansiedad de una forma protocolarizada:

- Sessions Grupals Psicoeducatives en el Trastorn d'Ansietat a l'Atenció Primària (Casañas, Armengol & Puigdevall, 2006a)
- Sessions Grupals Psicoeducatives en l'Episodi Depressiu a l'Atenció Primària (Casañas, Armengol & Puigdevall, 2006b)

Durante los años **2006-2007** se realizó una formación teórico-práctica a unas 200 enfermeras de los equipos de Atención Primaria de Barcelona ciudad sobre el contenido de

estas dos guías. La formación consistía en 40 horas presenciales distribuidas en 8 sesiones de 5 horas de duración cada sesión, durante 2 meses.

El objetivo de la formación era proporcionar los conocimientos necesarios y útiles para gestionar la Depresión y la ansiedad en las consultas de enfermería de Atención Primaria y adquirir habilidades para la realización de sesiones grupales psicoeducativas con estos pacientes. La formación consistía en 5 bloques:

- 1er Bloque: Incrementar los conocimientos sobre los trastornos de ansiedad y Depresión (etiología, sintomatología, curso clínico, intervenciones de enfermería y tratamiento farmacológico).
- 2º Bloque: incrementar conocimientos sobre la terapia grupal.
- 3er Bloque: formación en técnicas de resolución de problemas, terapia cognitivo conductual, técnicas de respiración y relajación de Jacobson.
- 4º Bloque: sesiones prácticas de los dos protocolos de intervención grupal psicoeducativa para pacientes con sintomatología ansiosa y /o depresiva editados por el ICS (Casañas et al., 2006a; Casañas et al., 2006b).
- 5er bloque: explicación de las escalas evaluativas de la intervención grupal (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Goldberg & Hillier, 1979) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) ( Zigmong & Snaith, 1983)).

En el **2006**, se empezó a poner en práctica el protocolo de intervención en los equipos de Atención Primaria, y se empezó a evaluar la eficacia de la intervención mediante estudios casi-experimentales pre-post (Casañas et al., 2009a; Casañas et al., 2009b).

El primer estudio se llevó cabo en 3 EAP de Barcelona ciudad entre abril del 2006 y julio del 2007, donde participaron 87 personas, 14 hombres y 73 mujeres, con una media de edad de 52 años (DE 1.59) y con sintomatología ansiosa o depresiva según las escalas Golberg y HAD y atendidos por la enfermera de AP (Casañas et al., 2009a). Se incluyeron a personas mayores de 20 años con una puntuación de 2 respuestas afirmativas en la sub-escala de depresión y al menos 4 respuestas afirmativas en la sub-escala de ansiedad de la escala Goldberg, y con diagnóstico enfermero de ansiedad, duelo disfuncional, aflicción crónica, fatiga, dolor crónico y/o deterioro de la adaptación. Como medidas de resultados se utilizaron las escalas heteroaplicadas de Goldberg (Goldberg et al., 1979) y HAD (Zigmong et

al., 1983), antes y después de recibir la intervención grupal psicoeducativa. Los resultados mostraron que el 85% de los pacientes habían disminuido los síntomas depresivos al finalizar la intervención y se había disminuido en un 45% el número de visitas al médico y la enfermera del EAP. Se obtuvo una disminución estadísticamente significativa de 5.5 puntos (DE 4.79) en la escala Goldberg, (IC 4.297-6.753;  $p < 0.0001$ ), y una disminución estadísticamente significativa de 7.9 puntos (DE 6.35) en la escala HAD (IC 6.047-9.823;  $p < 0.001$ ). Las enfermeras conductoras de las intervenciones grupales valoraron que este tipo de intervención grupal era muy útil y necesario como herramienta educativa en los centros de Atención Primaria.

Se realizó otro estudio similar al anterior (Casañas, 2008) llevado a cabo en 10 EAP de Barcelona ciudad entre abril del 2006 y julio del 2007, en una muestra de 194 pacientes, 176 mujeres y 18 hombres, con una media de edad de 57 años (DE 14.02). Se incluyeron a personas mayores de 20 años, con sintomatología depresiva o de ansiedad leve y/o moderada según la puntuación en la escala de Goldberg ( $\geq 2$  respuestas afirmativas en la sub-escala de depresión;  $\geq 4$  respuestas afirmativas en la sub-escala de ansiedad) y con un diagnóstico de episodio depresivo según el CIE-10 (F32 Episodio depresivo, F32.0 Episodio depresivo leve, F32.1 Episodio depresivo moderado, F32.8 Otros episodios depresivos y F32.9 Episodio depresivo no especificado). Como medidas de resultados se utilizaron las escalas heteroaplicadas de Goldberg (Goldberg et al., 1979) y HAD (Zigmong et al., 1983), antes y después de recibir la intervención grupal psicoeducativa. El 79% de la muestra ( $n=153$ ) mostró una disminución de la sintomatología depresiva al finalizar el grupo. Los resultados mostraron una disminución de 5.42 puntos en la escala Goldberg (DE 4.42; IC 4.68-6.16) y de 7.55 puntos (DE 6.94; IC 6.25- 8.85) en la escala HAD, y ambas eran estadísticamente significativas ( $p < 0.0001$ ). La media de visitas por persona a los 3 meses disminuyó en 3.05 visitas (DE 3.59; IC 2.32-7.86).

Estos resultados preliminares apuntaban que la Atención Primaria podría ser un ámbito clave para aplicar estrategias de salud centradas en la mejora de las necesidades de la población. Aunque los resultados obtenidos en estos estudios no mostraban la efectividad de la intervención, debido a que eran estudios casi-experimentales, se necesitaban estudios con diseños metodológicos más robustos para confirmar los resultados obtenidos. Los resultados de ambos estudios mostraron que realizar psicoeducación a los pacientes sobre su

enfermedad, conjuntamente con enseñar herramientas para que puedan utilizar en su día a día, como las técnicas de relajación o las técnicas de resolución de problemas, disminuyen la sintomatología ansiosa- depresiva y disminuye las visitas al EAP. Pero hay que tener en cuenta que estos resultados son preliminares al tratarse de estudios casi-experimentales. Es necesario realizar estudios con diseños metodológicos más robustos para confirmar los resultados obtenidos. Estos resultados preliminares sirvieron como punto de partida del ensayo clínico controlado aleatorizado que se llevaría a cabo los EAP de Barcelona ciudad con el objetivo de evaluar la eficacia de esta intervención grupal en población con Depresión Mayor con sintomatología depresiva leve y moderada. El estudio se llevó a cabo desde el 2008 al 2010 gracias a una subvención del Ministerio de Sanidad y Consumo con referencia ETES PI07 / 90712.

## **2.2. Aportaciones del proyecto**

Después de la revisión de la literatura sobre el tema, se evidencia la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa en la población depresiva atendida en Atención Primaria (Allart-van Dam et al., 2003; Allart-van Dam et al., 200; Araya et al., 2003; Dalgard, 2006; Dowrick et al., 2000; Tursi et al., 2013), aunque no existen estudios que hayan tenido en cuenta aspectos importantes del cuidado personal de los pacientes (dieta, actividad física, descanso) aspectos que, de forma aislada y sin formar parte de una intervención más general para la depresión, ya se ha demostrado que son eficaces en la recuperación de estos pacientes (NICE, 2009; GPC Manejo Depresión en el adulto del SNS, 2014).

La mayoría de estudios que han mostrado la eficacia de la intervención psicoeducativa se han basado en el CWD o una modificación del mismo, donde se trabaja 6 principales aspectos: 1) información sobre la Depresión y sobre la perspectiva cognitivo- conductual de la depresión; 2) técnicas de relajación; 3) actividades placenteras y del tiempo libre; 4) habilidades cognitivas, 5) habilidades sociales y asertividad, y 6) técnicas para la prevención de la recaída.

En nuestro estudio se evalúa un nuevo formato de intervención grupal psicoeducativa, que recoge 5 aspectos del CWD y añaden los aspectos del cuidado personal y la importancia de

la adherencia al tratamiento farmacológico, especialmente en aquellos pacientes que están recibiendo un tratamiento antidepresivo. Se educa al paciente en tópicos que son esenciales para hacerles partícipes de forma activa en el proceso de su recuperación. Nuestro formato grupal basa en tres cuidados fundamentales del paciente con depresión: 1) mejorar el conocimiento de la enfermedad ( información sobre la identificación y manejo de los síntomas, los tratamientos farmacológicos y sus efectos secundarios, y la importancia de la adherencia terapéutica); 2) la promoción de un estilo de vida saludable y adquisición de hábitos que son beneficiosos para la salud ( dieta, ejercicio físico, descanso, actividades placenteras, asertividad y autoestima) y 3) el desarrollo de recursos para hacer frente a situaciones críticas (técnicas de activación conductual, la terapia cognitiva conductual, terapia de problemas la resolución y la respiración-relajación). Todavía no se ha evaluado la eficacia de esta terapia en España.



### **3. OBJETIVOS E HIPOTESIS DEL ESTUDIO**





### **3.1. Objetivos**

#### **3.1.1 Objetivo general**

- Comparar la eficacia de una intervención grupal psicoeducativa versus realizar el tratamiento convencional, en pacientes con episodio depresivo leve y moderado atendidos en Atención Primaria a corto y largo plazo.
- Evaluar la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa en la muestra de pacientes que nunca han tomado medicación antidepressiva previa a recibir la intervención grupal a corto y largo plazo.
- Evaluar el impacto de la intervención grupal psicoeducativa en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a corto y largo plazo.

#### **3.1.2. Objetivos específicos**

- Evaluar la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa a través del ratio de remisión de los síntomas depresivos, valorada como  $BDI \leq 11$ , post-intervención (3 meses) y durante el seguimiento a los 6 y 9 meses.
- Evaluar la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa en cuanto a la disminución de síntomas depresivos valorados con el BDI, post-intervención (3 meses) y durante el seguimiento a los 6 y 9 meses.
- Evaluar la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa sobre la calidad de vida evaluada con el EQ-5D, post-intervención (3 meses) y durante el seguimiento a los 6 y 9 meses.
- Analizar qué población puede beneficiarse más de esta intervención grupal psicoeducativa, si la población con síntomas leves o moderados según el BDI.
- Evaluar la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa a través del ratio de remisión de los síntomas depresivos en la muestra de pacientes que no habían iniciado tratamiento farmacológico antes de empezar la intervención, post-intervención (3 meses) y durante el seguimiento a los 6 y 9 meses.
- Evaluar la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa en cuanto a la disminución de síntomas depresivos en la muestra de pacientes que no habían iniciado tratamiento farmacológico antes de empezar la intervención, post-intervención (3 meses) y durante el seguimiento a los 6 y 9 meses.

- Analizar si la mejora de CVRS dependen de la gravedad sintomatológica inicial de la Depresión (síntomas leves o moderados).
- Analizar si el número de sesiones de grupo asistidas influye en la mejora de los síntomas depresivos.

### **3.2. Hipótesis del estudio**

- Las personas con diagnóstico de episodio depresivo con sintomatología depresiva leve y moderada que reciban una intervención grupal psicoeducativa tendrán una mejoría clínica mayor tanto post- intervención como en el seguimiento a los 6 y 9 meses en comparación con el grupo control.
- Las personas con diagnóstico de episodio depresivo con sintomatología depresiva leve y moderada que reciban la intervención grupal psicoeducativa presentaran una tasa más elevada de remisión tanto post- intervención y durante el seguimiento a los 6 y 9 meses en comparación con el grupo control.
- Las personas con diagnóstico de episodio depresivo con sintomatología depresiva leve y moderada que reciban intervención grupal psicoeducativa presentaran una mejora en la calidad de vida tanto post- intervención como durante el seguimiento a los 6 y 9 meses en comparación con el grupo control.
- Las personas con síntomas depresivos leves se beneficiaran más de la intervención grupal psicoeducativa que las personas con síntomas depresivos moderados.
- Los pacientes con episodio depresivo y con sintomatología depresiva leve y moderada que no hayan recibido a lo largo de su vida antidepresivos y pertenezcan al grupo de intervención psicoeducativo presentaran mayor control de los síntomas depresivos, mayor tasa de remisión clínica y mayor calidad de vida en comparación con el grupo control.

## **4. MATERIAL Y MÉTODO**



## 4.1 Diseño del estudio

Ensayo controlado aleatorizado multicéntrico de dos grupos, intervención y control. El estudio fue llevado cabo desde Diciembre del 2008 hasta Abril de 2010 en 13 Equipos de Atención Primaria de salud (EAP) de Barcelona ciudad, España, pertenecientes al Institut Català de la Salut (ICS), repartidos por toda el área geográfica de Barcelona ciudad. Participaron un total de 24 enfermeras.

## 4.2. Población del estudio. Selección de la muestra

### 4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

**a) Criterios de inclusión:** 1) pacientes a partir de 18 años de edad de ambos sexos diagnosticados de F32 Episodio depresivo, F32.0 Episodio depresivo leve o F32.1 Episodio depresivo moderado según criterios CIE- 10 (OMS, 1992); 2) con una sintomatología leve-moderada según la puntuación del cuestionario BDI (puntuación  $\geq 10$  y  $< 30$ ; Leve  $\geq 10$   $< 19$ ; Moderado  $\geq 19$   $< 30$ ); 3) todos los participantes del estudio (intervención y control) debían haber firmado el consentimiento informado.

Se incluyeron participantes bajo tratamiento farmacológico antidepresivo en el momento del estudio.

**b) Criterios de exclusión:** se excluyeron aquellos pacientes que tuvieran una de las siguientes condiciones: 1) presentar un trastorno mental severo (TMS); 2) episodio depresivo grave; 3) existencia de ideación suicida o intento autolítico; 4) en seguimiento en servicios especializados de Salud Mental; 5) patología orgánica en fase terminal; 6) desconocimiento del idioma catalán o castellano; 7) discapacidades sensoriales o cognitivas que impidieran la participación en el grupo; 8) analfabetismo; 9) residentes temporales y 10) abuso de drogas o alcohol.

De los 246 participantes seleccionados por los médicos y las enfermeras de los diferentes EAP, 231 cumplieron los criterios de inclusión y no exclusión, y fueron incluidos en el estudio. Los pacientes fueron aleatorizados en una de las dos condiciones, Grupo Intervención (n= 119 pacientes) o Grupo control (n= 112 pacientes). Las causas por las cuales se excluyeron a los 15 pacientes fueron: 1 persona tenía un BDI  $< 9$  puntos; 10 personas tenían un BDI

>30 puntos; 3 personas no firmaron el consentimiento informado; 1 persona estaba en tratamiento antipsicótico con Zyprexa.

#### **4.2.2. Detección y reclutamiento de los pacientes**

La muestra de pacientes fue reclutada en la consulta del médico de familia y la enfermera entre los meses de diciembre del 2008 y abril del 2009 en los 13 EAP. En la tabla 1 se adjunta los nombres de los 13 EAP que participaron en el estudio y la muestra reclutada en cada EAP.

Tabla 2: Listado de EAP que participaron en el estudio

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| • EAP La Mina (n=16)            | • EAP Turó 8A y EAP Vilapiscina 8C (n=16) |
| • EAP Raval Nord 1E (n=21)      | • EAP Sagrera 9A (n=16)                   |
| • EAP Passeig St Joan 2H (n=23) | • EAP Rio Janeiro 8D (n=20)               |
| • EAP Montnegre 4A (n=18)       | • EAP Congrés 9C (n=16)                   |
| • EAP Sant Elies 5B (24)        | • EAP Sant Andreu 9D (n= 23)              |
| • EAP Pare Claret 6A (n=16)     | • EAP Horta 7F (n=22)                     |

El procedimiento para el reclutamiento de pacientes fue el siguiente:

- a)** Presentación del proyecto de investigación a los responsables-coordinadores de las 4 SAPS (Servicios de Atención Primaria de Salud) de Barcelona ciudad;
- b)** Envío de un e.mail informativo del proyecto a los responsables/coordinadores de los 51 EAPS pertenecientes al ICS de Barcelona ciudad;
- c)** Presentación del proyecto de investigación a los 13 EAP interesados en participar en la investigación;
- d)** Detección por parte de los médicos y las enfermeras de las posibles personas candidatas a participar en la investigación.

Se elaboró un documento, "Hoja de derivación", donde se incluían los criterios de inclusión/exclusión, para facilitar el trabajo de los médicos y enfermeras a la hora de la detección. Si la persona cumplía los criterios de inclusión y no exclusión del estudio, se derivaba a las dos enfermeras conductoras del grupo, que coordinaban la intervención grupal en cada EAP, para realizar una entrevista individual, que tenía una duración entre 20 y 30

minutos. Durante la entrevista los pacientes contestaban a una serie de preguntas socio-demográficas y clínicas, y complementaban los cuestionarios BDI y EuroQol- 5D (EQ- 5D).

En la entrevista se recogían datos socio-demográficos (alojamiento, del entorno laboral y social) y variables clínicas (tratamientos farmacológicos, tratamientos alternativos y uso de recursos sanitarios). También se realizaba una primera valoración del problema y sus antecedentes. El objetivo de la entrevista era una primera evaluación de la intensidad de los síntomas, el grado de disfunción y/o discapacidad asociadas, la respuesta al tratamiento farmacológico y el apoyo social y las relaciones interpersonales del paciente. Durante la entrevista se explicaba a los pacientes la finalidad del estudio, los criterios de inclusión y la descripción de la intervención grupal. También se les explicaba las normas del funcionamiento grupal así como los temas y los contenidos que se trabajarían en cada sesión.

El tiempo de reclutamiento de los participantes fue de 2 meses antes de empezar la intervención. Si al cabo de 2 meses no se reclutaban 24 participantes, la intervención empezaba con los participantes disponibles en ese momento.

### **4.3. Tamaño muestral**

#### ***4.3.1. Cálculo del tamaño muestral***

Al elaborar el estudio se calculó un tamaño muestral inicial de 184 personas, que se determinó mediante una estimación del poder estadístico, aceptando un riesgo alfa de 5% y un riesgo beta de 20% en un contraste bilateral, por lo que se requerían 92 sujetos en el grupo intervención y 92 en el control para detectar una diferencia entre grupos igual o superior a 4.5 unidades en la escala BDI. Se asumió que la desviación estándar común era de 10 y una tasa de pérdidas en el seguimiento del 15%.

Se calculó que de los 51 EAP de Barcelona pertenecientes al ICS, serían necesarios 8 EAP para llegar al tamaño muestral calculado.

En el estudio participaron 13 EAP y se seleccionaron 242 personas. Se incluyeron 231 personas en el estudio, 119 formaron parte del grupo intervención y 112 del grupo control. Se excluyeron 15 personas, 12 no cumplían criterios de inclusión y 3 declinaron participar.

#### **4.3.2. Aleatorización de la muestra**

Las dos enfermeras que recibían a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión para participar en la investigación iban asignando un número consecutivo del 1 al 24 a cada uno de los pacientes. Una vez se habían detectado los 24 pacientes, se realizaba la aleatorización. Una persona independiente se encargaba de elaborar las listas de aleatorizaciones, que posteriormente enviaba a las enfermeras de cada EAP unos días antes de empezar la intervención. La aleatorización se realizaba mediante un programa informático que elabora una serie de aleatorizaciones desde # 1 hasta 16, 18, 20, 22 y 24#, dependiendo del número de participantes en cada EAP y según la condición intervención o control.

Los participantes no eran ciegos respecto al grupo al que pertenecían, intervención y control, al igual que las enfermeras y los médicos de familia de Atención Primaria.

El número de participantes en cada grupo (intervención y control) era el mismo (mínimo 16 y máximo 24 en cada EAP). Cada grupo estaba compuesto entre 8 y 12 participantes.

#### **4.3.3. Evaluación inicial y de seguimiento**

Se realizó una evaluación inicial en la primera entrevista de valoración, donde se recogieron datos socio- demográficos, clínicos y de recursos sanitarios, y se administraron los cuestionarios BDI y EQ-5D.

Se realizó una segunda evaluación post- intervención (3 meses después de iniciar la intervención) donde se recogieron datos socio-demográficos, clínicos, y de recursos sanitarios, y se administraron los cuestionarios BDI y EQ-5D.

Las evaluaciones de seguimiento se realizaron 6 y 9 meses post- intervención donde se recogieron los mismos datos socio- demográfico, clínico y de recursos sanitarios que en las evaluaciones anteriores, y se administraron los cuestionarios BDI y EQ-5D.

Todas estas evaluaciones se realizaron mediante una entrevista individual llevada a cabo por dos enfermeras de cada EAP. Estas enfermeras eran las mismas que habían realizado la intervención grupal.



## 4.4. Grupos de tratamiento

### 4.4.1 Descripción del Grupo Intervención

El grupo intervención recibió una intervención grupal psicoeducativa, que consistió en 12 sesiones semanales de 90 minutos cada una liderada por dos enfermeras. En la tabla 3 se detallan, los temas, objetivos y contenido de cada una de las 12 sesiones.

Cada sesión presenta una estructura diferenciada en tres partes:

- a) En la primera parte se expone la educación sanitaria relacionada con el tema a tratar en aquella sesión;
- b) En la segunda parte se trabaja mediante dinámicas grupales el tema sanitario expuesto en la primera parte;
- c) Una tercera parte de expresión de sentimientos, opiniones y dudas relacionados con el tema tratado durante la sesión.

Tabla 3: Objetivos y contenido de las sesiones grupales

Sesión	Tema	Objetivo	Contenido
1	- Primer contacto con el grupo - Técnicas de respiración	-Toma de contacto de los miembros del grupo. -Aprender la técnica de respiración controlada.	-Presentación de las enfermeras y de los miembros del grupo mediante una dinámica en la que cada uno explica qué expectativas tiene del grupo. -Explicación de las normas del grupo: participación, confidencialidad, puntualidad, compromiso y respeto. -Técnica de respiración controlada.
2	- Activación conductual I - Educación en salud: Identificación de síntomas depresivos.	- Facilitar una nueva visión del estado depresivo para identificar los comportamientos de evitación que ayudan a mantenerlo. La Depresión es una forma de estar y no una forma de ser, por lo tanto se puede dejar de estar deprimido.	-¿Qué es la depresión? Es necesario llegar a la definición de la misma a través de los síntomas físicos y mentales (pensamientos). -Consecuencias de estar deprimido en las conductas y en los pensamientos -Activación conductual: ¿qué hacíamos antes que ahora no hacemos?, ¿qué conductas de evitación adoptamos? -Identificar de qué manera estos síntomas interfieren en la realización de la vida diaria.
3	- Activación conductual II	-Iniciar la activación conductual	-Afrontamiento alternativo al estado depresivo. " <i>hacer como si...no estuviera deprimido</i> ". Se da a los pacientes un cuaderno de actividad diaria y semanal en el que tendrán que apuntar aquellas actividades que realicen. Se hace mucho énfasis en que, aunque parezcan poco "importantes" forman parte del proceso de movilización hacia la recuperación. También se les adjunta una hoja denominada termómetro emocional en la que el paciente cada día registrará su estado de ánimo.

<b>4</b>	- Dieta - Descanso - Tratamiento farmacológico	-Tomar consciencia de la importancia del autocuidado. Cuidarse para avanzar.	-Alimentación y dieta equilibrada. Conceptos básicos sobre una alimentación y su repercusión en la salud y el bienestar de la persona. -¿Cómo establecer un buen hábito de sueño nocturno? Importancia del descanso para poder mantenerse activo durante el día. -Educación en el manejo del tratamiento farmacológico del paciente. Efectos beneficiosos y posibles efectos adversos, y la importancia de una buena adherencia terapéutica.
<b>5</b>	- Resolución de problemas I	-Ayudar a los pacientes a identificar los problemas o conflictos como causa de su malestar psicológico. -Enseñar a reconocer los recursos que tienen para hacer frente a las dificultades y mejorar su locus de control ante circunstancias negativas	-Adiestramiento en la técnica de resolución de problemas: Orientación general hacia el problema; definirlo; buscar alternativas de solución; valorar posibles alternativas con sus pros y contras; escoger una alternativa y ponerla en práctica y evaluar los resultados; y si no son satisfactorios, probar con otra alternativa de solución.
<b>6</b>	- Resolución de problemas II	-Facilitar una metodología para superar problemas y afrontar dificultades futuras.	
<b>7</b>	- Autoestima y autoimagen	-Tomar consciencia de la importancia de la autoimagen. -Mejorar la autoimagen, la autoconfianza, la sensación de bienestar y como consecuencia, la calidad de vida.	-¿Cómo mejorar la autoestima? Identificación de puntos fuertes.
<b>8</b>	- Asertividad	- Conocer y utilizar estrategias de comunicación que faciliten la asertividad.	-Saber identificar el estilo de comunicación asertivo. -Saber reaccionar positivamente y actuar constructivamente en las situaciones de desacuerdo. -Saber relacionarse afectivamente con los demás. -Aprender a decir no.
<b>9</b>	- Ejercicio físico - Actividades placenteras, habilidades sociales	-Tomar consciencia del uso del tiempo (ritmo de actividad diaria, el sentido de la competencia y la capacidad de disfrutar).	-Actividad física. Aprender a realizar ejercicio físico planificado y supervisado. -La gestión del tiempo. Generar alternativas de actividades que proporcionen satisfacción. -Actividades diarias. Utilizar como herramientas la planificación, la priorización y la visión de conjunto de las situaciones del día a día.
<b>10</b>	- Perspectiva cognitivo-conductual I	-Aprender estrategias cognitivas que ayuden a identificar los pensamientos negativos irracionales característicos de los episodios depresivos.	-Identificación de pensamientos negativos y elaboración de otros más adaptativos y racionales. -Saber clasificar los pensamientos y sus consecuencias. -Técnica de reestructuración cognitiva.
<b>11</b>	- Perspectiva cognitivo-conductual II		
<b>12</b>	- Despedida del grupo - Evaluación final	-Despedida del grupo y evaluación.	-Retroalimentación entre participantes y enfermeras. -Cumplimentación de las escalas (BDI, EQ-5D)

Se ha querido dar mucha importancia a los aspectos prácticos de cada sesión y a las tareas que el paciente debe realizar en casa. Por esto, en cada sesión se utiliza como herramienta de trabajo un material didáctico y se llevan a cabo una o varias dinámicas grupales para facilitar la participación de los miembros del grupo. También, para cada sesión, hay una actividad que los pacientes deben llevar a cabo durante la semana. De esta manera se quiere

potenciar el papel activo de la persona que forma parte del grupo y su implicación en la propia educación sanitaria, en la adquisición de recursos y habilidades y, por tanto, en su cambio, ya que el objetivo final del grupo es favorecer la autocura y la corresponsabilidad del paciente en su estado de salud.

En el anexo 1 se adjunta el "*Protocolo de la intervención Grupal Psicoeducativa para pacientes con depresión leve/moderada en Atención Primaria*" publicado por el ICS, donde se especifica con detalle el objetivo, contenido, material didáctico y dinámicas grupales y las tareas para realizar en casa de cada sesión.

En el apartado 4.6 Protocolo de la intervención grupal psicoeducativa se explica el proceso de su elaboración.

#### **4.4.2. Descripción del grupo control**

En el grupo control la Depresión es tratada con su tratamiento convencional (visitas al médico y la enfermera del EAP). No había un número de visitas establecido, los participantes podían ir a su EAP las veces que lo necesitaran. El médico de familia y la enfermera utilizaban su propio criterio para atender al paciente con sintomatología depresiva.

Las personas de este grupo, al igual que las del grupo intervención podían continuar con su tratamiento farmacológico actual (Ej. medicación antidepresiva, ansiolíticos, hipnóticos, etc.) durante su participación en el estudio.

El grupo control recibió la misma intervención grupal una vez el estudio había finalizado.

#### **4.5. Consideraciones éticas**

El protocolo del estudio obtuvo la aprobación por parte del comité ético de la Fundación Jordi Gol y Gorina. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado por escrito antes de participar en la investigación y tras informarles de las características del estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos identificativos de los individuos.

#### **4.6. Protocolo de la intervención grupal psicoeducativa**

Para la elaboración del protocolo se creó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por cuatro enfermeras de Atención Primaria, tres enfermeras especializadas en salud mental y cuatro psicólogos. Todos ellos con amplia experiencia en conducción de grupos de educación en salud, ya fueran específicos de salud mental como de educación sanitaria.

Una vez creado el grupo de trabajo, el siguiente paso fue la búsqueda de programas y protocolos grupales sobre Depresión que habían demostrado ser eficaces mediante la revisión de la literatura existente (Benedito et al., 2004; Lewinsohn et al. 1984; Mèndez, Olivares & Maciá, 1993; Paolini, 1996; Pérez, 2007; Roldán & Fernandez, 1993; Yalom, 1990), y se realizó un primer borrador del protocolo. Este borrador incluía los objetivos y contenidos específicos de cada una de las sesiones y las tareas a realizar en casa.

Este primer borrador fue sometido a una revisión externa por parte de 12 profesionales sanitarios (psiquiatras, médicos de AP, psicólogos y enfermeras) y también por las 22 enfermeras que participarían en el proyecto de investigación como conductoras de la intervención grupal. Una vez revisado, se redactó un nuevo protocolo con las propuestas del grupo revisor. Posteriormente se realizó la edición y difusión de dicho protocolo en versión castellana y catalana (Protocolo de intervención grupal psicoeducativo, 2009). La descripción de la elaboración del protocolo de la intervención grupal psicoeducativa se publicó en la revista de enfermería *Presencia* (Raya et al., 2010) con el objetivo de describir más detalladamente la metodología de trabajo utilizada.

Como la intervención grupal psicoeducativa era llevada a cabo por profesionales de enfermería, todas las actividades de las sesiones respondían a intervenciones registradas en el *Nursing Intervention Classification* (NIC) (McCloskey & Bulechek, 2007), que nombramos a continuación en la tabla 4.

Tabla 4: Intervenciones de enfermería

<b>0200</b> Fomento del ejercicio	<b>5100</b> Potenciación de la socialización
<b>1100</b> Manejo de la nutrición	<b>5220</b> Potenciación de la imagen corporal
<b>1850</b> Mejora del sueño	<b>5230</b> Aumento del afrontamiento
<b>2380</b> Manejo de la medicación	<b>5370</b> Terapia de entretenimiento
<b>4340</b> Entrenamiento de la asertividad	<b>5400</b> Potenciación de la autoestima
<b>4360</b> Modificación de la conducta	<b>5430</b> Grupo de soporte
<b>4362</b> Modificación de la conducta: habilidades sociales	<b>5450</b> Terapia de grupo
<b>4370</b> Entrenamiento para controlar los impulsos	<b>5510</b> Educación sanitaria
<b>4470</b> Ayuda en la modificación de sí mismo	<b>5604</b> Enseñanza en grupo
<b>4700</b> Reestructuración cognitiva	<b>5900</b> Distracción
<b>5020</b> Mediación de conflictos	

Estas 21 intervenciones están relacionadas con los diagnósticos de enfermería de la tabla 5. (McCloskey & Bulechek, 2007).

Tabla 5. Diagnóstico de enfermería

<b>00069</b> Afrontamiento inefectivo
<b>00070</b> Deterioro de la adaptación
<b>00093</b> Fatiga
<b>00120</b> Riesgo de baja autoestima situacional
<b>00158</b> Disposición para mejorar el afrontamiento
<b>00157</b> Disposición para mejorar la comunicación
<b>00167</b> Disposición para mejorar el autoconcepto

#### **4.7. Formación a las enfermeras**

Las enfermeras que participaron en el estudio recibieron una formación específica de 40 horas sobre el manejo de la Depresión y la conducción y observación de grupos psicoeducativos. El objetivo de la formación era: a) adquirir y poner en práctica habilidades en dinamización grupal psicoeducativa; b) proporcionar habilidades para gestionar las emociones de los conductores de los grupos psicoeducativos; c) profundizar en las técnicas de resolución de problemas, relajación-respiración, activación conductual y terapia de reestructuración cognitiva; y d) trabajar las 12 sesiones grupales que forman el protocolo de la intervención grupal psicoeducativa. La formación tuvo una duración de 40 horas.

La mayoría de enfermeras que participaron en la investigación tenían amplia experiencia en la conducción de grupos de salud, y por tanto, ya tenían experiencia previa en la conducción grupal.

#### **4.8. Instrumentos de evaluación**

Los instrumentos de evaluación del estudio fueron los cuestionarios Beck Depression Inventory (BDI) y la escala EuqoQol-5D (EQ-5D). Antes de utilizar los cuestionarios, se solicitó permiso a los autores.

##### **4.8.1. Beck Depression Inventory (BDI)**

El inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory* (BDI)) (Beck et al., 1961; Beck et al., 1979) es una escala autoaplicada que evalúa la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión. Existen dos versiones de la escala, una del 1961 (Beck et al., 1961) y otra versión revisada del 1978 (Beck et al., 1979).

En este estudio se ha utilizado la versión de 1979, que fue revisada, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz en 1991 (Vázquez & Sanz, 1998; Vázquez & Sanz, 1999). En esta versión de la escala BDI (Beck et al., 1979) el marco de referencia temporal es el momento actual y la última semana. Consta de 21 ítems que se agrupan en 4 factores: depresivo, biológico, psicológico y psicosocial, con cuatro alternativas de respuesta graduadas de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte aceptados que se ajustan a la intensidad/ severidad son los siguientes:

- No Depresión: 0-9 puntos;
- Depresión leve: 10-18 puntos;
- Depresión moderada: 19-29 puntos;
- Depresión severa:  $\geq 30$  puntos.

Altas puntuaciones indican gran severidad de síntomas (Beck Steer & Garbin, 1988).

Los pacientes tienen que indicar la frecuencia con la cual experimentan cada uno de los síntomas explorados. Tienen que seleccionar, para cada ítem, la respuesta que mejor se adapta a su situación actual y en la última semana.

La escala enfatiza los componentes cognitivos de la depresión. Esta escala es normalmente utilizada en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una adecuada estimación de la severidad e intensidad de los síntomas, y es ampliamente utilizada en la valoración de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en investigación para la selección de los sujetos. El BDI tiene una buena fiabilidad y validez (Sanz & Vázquez, 1998). Numerosos autores han demostrado la consistencia interna y el *average* Cronbach's  $\alpha$  para muestras no psiquiátricas es 0.82 (Richter & Awad, 1998). Estudios de validación con otras escalas autoaplicadas que evalúan Depresión han demostrado coeficientes de correlación desde 0.58 hasta 0.79 (Beck Steer & Garbin, 1988). El BDI discrimina de forma fidedigna entre Depresión clínica y ausencia de depresión, y es sensible al cambio (Richter & Awad, 1998). Estudios han demostrado que el BDI es un buen instrumento de *screening* de los trastornos depresivos en investigaciones comunitarias en adultos (Lasa et al., 2000; Mulrow et al., 1995; Steer et al., 1999;) y adolescentes (Winter et al., 1999), y han mostrado correlaciones de 0.70-0.80 (Beck, Steer & Garbin, 1988; Clark & Watson, 1991) entre el BDI y la escala de Depresión de Hamilton de 17 ítems (Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)) (Hamilton, 1960).

#### **4.8.2. Escala EuroQol-5D-3L**

Escala EuroQol-5D (EQ-5D) (EuroQoL Group, 1990; Herdman, Badia & Berra, 2001) es una escala autoaplicada de administración rápida y sencilla, que permite la descripción multidimensional de la salud general, así como la obtención de un perfil de salud numérico. La escala consiste en dos partes, el sistema descriptivo EQ-5D y la escala analógica visual (EQ VAS). El sistema descriptivo EQ-5D valora cinco dimensiones de salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/discomfort y ansiedad/depresión. Cada dimensión tiene tres categorías de respuesta, que representan tres niveles de severidad (nivel 1 = sin problemas, nivel 2 = algunos/moderados problemas y nivel 3 = muchos problemas). Los participantes deben indicar su estado de salud "en el día de hoy" haciendo una cruz en el cuadro que indica la respuesta más adecuada en cada una de las cinco dimensiones. Cada respuesta se codifica como 1, 2 ó 3 respectivamente. Con estos datos se establece el estado de salud del individuo mediante un número de 5 dígitos.

El EQ-5D proporciona un perfil descriptivo y un simple valor índice para estatus de salud. El perfil descriptivo informa de la proporción de problemas reportados para cada nivel y en

cada dimensión. El índice del EQ-5D está basado en la combinación de las respuestas de las 5 dimensiones y proporciona un valor que oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte).

La segunda parte consiste en una escala visual analógica (EVA) para medir el nivel global de salud, con puntuaciones del 0 al 100, donde el 0 representa el peor y 100 el mejor estado de salud imaginable.

Esta escala ha sido validada en España por Xavier Badia (Badia et al., 1998; Badia et al., 1999). En relación a las propiedades psicométricas, presenta una fiabilidad test-retest de entre 0.86 y 0.90 (Van Agt et al., 1994), y posee una buena correlación con el SF-36 (Dorman, Dennis & Sandercock, 1999).

#### **4.9. Variables del estudio**

##### **a) Medidas de resultado:**

- *Remisión de la sintomatología depresiva:* la remisión clínica se basa en la puntuación de la escala autoaplicada BDI. La remisión se define como la puntuación directa  $\leq 11$  puntos en el BDI, utilizando los criterios de remisión de Depresión Mayor de Riedel et al. (2010).
- *Gravedad de la sintomatología depresiva* medida mediante el cuestionario *Beck Depression Inventory* (BDI).
- *Calidad de vida relacionada con la salud* medida mediante el cuestionario EQ-5D-3L (Índice y VAS).

**b) Variables socio-demográficas:** edad, sexo, nacionalidad, estado civil, nivel educativo, número de hijos, estado laboral, nº personas que habitan en el hogar del paciente, estatus económico laboral y acontecimientos estresantes.

**c) Variables de consumo de recursos:** visitas al médico de familia y a la enfermera del EAP; bajas por enfermedad; tratamiento farmacológico antidepresivo, ansiolítico, e hipnótico; tratamiento farmacológico para la tensión arterial y terapias alternativas.

**d) Adherencia al tratamiento:** nº sesiones grupales asistidas.



#### **4.10. Fuentes de información**

La información sobre prescripción de los tratamientos farmacológicos antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y para la tensión arterial se obtuvo de la Historia Clínica Informatizada (HCI) del sistema de información de Atención Primaria llamado e-CAP.

Para el resto de variables clínicas y socio-demográficas la información se obtuvo mediante la entrevista individual de valoración basal y de seguimiento en cada momento del estudio.

#### **4.11. Estrategia de análisis**

Los datos del estudio se fueron introduciendo en una base de datos creada con Microsoft Access y para su análisis se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences version 18 (SPSS)* (SPSS Inc, 2009).

Se llevó a cabo un análisis de la comparabilidad basal de los grupos (intervención y control) en relación con las variables estudiadas (socio-demográficas, clínicas y de consumo de recursos). Se aplicó la prueba t-Student para las variables continuas para comparar medias si las variables seguían una distribución normal y la U de Mann Whitney en caso contrario. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para las variables categóricas o test exacto de Fisher cuando era apropiado.

Para la evaluación de la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa, se llevó a cabo un análisis por intención de tratar (ITT). El análisis se basó en la muestra de participantes que habían completado alguna de las evaluaciones. El análisis ITT se llevó a reemplazando los valores perdidos con la última puntuación de la valoración previa (*the last observation carried forward* (LOCF)) para evitar un incremento del efecto.

El efecto de la intervención fue analizado con análisis factorial de la varianza (ANOVAs), cuando la esfericidad no podía ser asumida, se utilizó la corrección de Greenhouse-Geisser. El efecto de la intervención en las variables de resultado fue medido mediante la diferencia de las puntuaciones entre grupos ( pre- post-intervención, pre- seguimiento a los 6 meses y pre- seguimiento a los 9 meses) y el tamaño del efecto. El tamaño del efecto estandarizado (TEE) (Bellini, Baime & Shea, 2002) es calculado como la diferencia de medias entre el grupo intervención y grupo control dividido por la desviación estándar (DE) del grupo control. El TEE es una medida estandarizada del cambio que permite comparaciones entre grupo, entre

medidas dentro del mismo estudio y entre diferentes estudios (Kazis, Anderson & Meenan, 1989).

La respuesta media estandarizada (RME) fue utilizada como medida del tamaño del efecto dentro del grupo comparación. La RME fue calculado como la media de cambio dividido por la DE del cambio. Para valorar la RME se utiliza la regla de Cohen, que clasifica el tamaño del efecto como pequeño (de 0.2 a 0.5), moderado (0.5 a 0.8) y grande (mayor de 0.8) (Cohen, 1988); estos criterios pueden también ser aplicados a la RME (Terwee et al., 2003).

Para evaluar la evolución de la sintomatología depresiva entre grupos (cuestionario BDI) se elaboró un modelo de efectos mixtos, usando el seguimiento durante el tiempo (4 tiempos; pretest, seguimiento a los 3 meses (post-test), seguimiento a los 6 y los 9 meses) como un efecto aleatorizado, y como un efecto fijo, se escogieron las variables del tipo de intervención (control versus intervención), edad, sexo, y tipo de centro de Atención Primaria. Se evaluó la bondad de ajuste se a través de la prueba Kolmogorov- Smirnov de modelo residuales.

Para evaluar la posible relación entre el número de sesiones y la mejora en la puntuación del BDI en el grupo intervención, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman ( $r$ ) para cada momento temporal del estudio.

## **5. RESULTADOS**



## **Artículos publicados o pendientes de publicación**

**a) Artículo 1:** Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2012 Dec 18; 12(1):230.

**b) Artículo 2:** Evaluation of effectiveness of a Psycho-educational intervention in treatment-naïve patients with antidepressive medication in Primary Care: randomized controlled trial. The Scientific World Journal, vol. 2015, september, Article ID 718607, doi:10.1155/2015/718607.

**c) Artículo 3:** Quality of life Improvement after a Psychoeducational Group Program in Patients with Major Depression in Primary Care: a Randomized Clinical Trial. (Pendiente de publicación)



RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial

Rocío Casañas<sup>1,2,3</sup>, Rosa Catalán<sup>4,5,6,7\*</sup>, Jose Luis del Val<sup>3</sup>, Jordi Real<sup>3</sup>, Sergi Valero<sup>7,8</sup> and Miquel Casas<sup>7,8</sup>

## Abstract

**Background:** Studies show the effectiveness of group psychoeducation in reducing symptoms in people with depression. However, few controlled studies that have included aspects of personal care and healthy lifestyle (diet, physical exercise, sleep) together with cognitive-behavioral techniques in psychoeducation are proven to be effective.

The objective of this study is to assess the effectiveness of a psychoeducational program, which includes aspects of personal care and healthy lifestyle, in patients with mild/moderate depression symptoms in Primary Care (PC).

**Methods:** In a randomized, controlled trial, 246 participants over 20 years old with ICD-10 major depression were recruited through nurses/general practitioners at 12 urban Primary Care Centers (PCCs) in Barcelona. The intervention group (IG) (n=119) received a group psychoeducational program (12 weekly, 1.5 h sessions led by two nurses) and the control group (CG) (n=112) received usual care. Patients were assessed at baseline and at 3, 6 and 9 months. The main outcome measures were the BDI, EQ-5D and remission based upon the BDI.

**Results:** 231 randomized patients were included, of whom 85 had mild depression and 146 moderate depression. The analyses showed significant differences between groups in relation to remission of symptoms, especially in the mild depression group with a high rate of 57% (p=0.009) at post-treatment and 65% (p=0.006) at 9 month follow up, and only showed significant differences on the BDI at post-treatment (p=0.016; effect size Cohen's d'=0.51) and at 6 and 9 month follow-up (p= 0.048; d'=0.44).

In the overall and moderate sample, the analyses only showed significant differences between groups on the BDI at post-treatment, p=0.02 (d'=0.29) and p=0.010 (d'=0.47), respectively.

The psychoeducation group improved significantly on the EQ-5D at short and long-term.

**Conclusions:** This psychoeducational intervention is a short and long-term effective treatment for patients with mild depression symptoms. It results in a high remission rate, is recommended in PC and can be carried out by nurses with previous training. In moderate patients, group psychoeducation is effective in the short-term.

**Trial registration:** Clinical Trials.gov identifier NCT00841737

**Keywords:** Depression, Primary Care, Psycho-educational, Clinical trials, Nurse

\* Correspondence: rcatalan@clinic.ub.es

<sup>4</sup>Clinical Institute of Neurosciences (ICN), Hospital Clinic, C/ Villarroel 170, 08036 Barcelona, Spain

<sup>5</sup>Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Barcelona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article

## Background

As depressive disorders are major public health problems with a prevalence of major depression in Europe of 8.56% [1] and, strikingly, 5-16% in primary care patients, they are the third leading cause of consultation in primary health care [2-4].

The impact of depressive symptoms on quality of life (QoL) has already been shown in a community population [5]. The impact of depression on patients' well-being and QoL has been shown to be equal to or greater than several other major chronic medical conditions such as diabetes mellitus, heart disease and arthritis [6-8].

Depression has been associated with greater morbidity, mortality, health care utilization and health care costs [9,10]. The economic costs of depression have doubled in the last ten years, mainly due to an increase in indirect costs from loss of productivity [11].

There are a wide variety of psychological interventions for treating depression [12] and one which has been shown to be effective in treating depression is psychoeducation [12,13]. A meta-analysis indicates that psychoeducation has an effect size that is comparable with other modalities of treatment for depression [14]. With regard to the management of mild to moderate depression symptoms, psychoeducation is an effective therapy in the treatment of depression in adults [13,15] as it reduces the depression symptoms and can prevent depression in primary care patients [16-18].

Most international clinical practice guidelines (CPG) for the management of depression recommend psychoeducational interventions and brief psychotherapies as a first step in the treatment protocol [15,19,20].

In this case, when we talk about psychoeducation, we refer to group psychoeducation which is offered to people with a mental disorder to help them understand and manage their disease. This is done by reinforcing patients' resources and skills so that they are better able to cope with their situation, prevent relapse and contribute to their own health and welfare. The educational intervention was based on the patients' active involvement in the analysis of their situation and its solution. As such, it includes psychotherapeutic techniques (behavioral activation, cognitive behavioral therapy and problem solving) and homework tasks. At the group level, information is provided to several patients about their condition and they have the chance to exchange ideas about their experiences; creating a space for mutual help group [21-23].

Psychoeducation has been used in health-care and community settings and seems effective in prevention and quality improvement programs in US primary care [18,24,25]. In Europe, this psychoeducational intervention has proved to be effective in reducing depression symptoms in mild and moderate depression in the short term [26,27] and long-term [28], and has shown it can

be carried out by community nurses with previous training [24,27,29,30].

The majority of studies which have assessed the effectiveness of psychoeducation have used "Coping with depression (CWD)" or a version of it. The CWD is a cognitive, psychoeducative, behavioral intervention based on the theory of depression and social learning (Teri & Lewinsohn, 1986) [31] which aims to improve self-esteem levels and social support, and develop/improve those skills which have been found to help in the prevention of depression from its onset: social skills, activity level management (pleasurable activities) and management of depressive thought.

There are other psychoeducational formats such as a psycho-educational cognitive workshops [32], cognitive bibliotherapy [33], education and group counselling [34], and some psychoeducational interventions as well as computerized cognitive behavioral therapy [35-37] and psychoeducation through a website [38] which included aspects of the healthy lifestyle recommended in their program.

To date, there is evidence of the effectiveness of psychoeducational intervention in the Primary Care depressive population [26,27], although there are no studies that have recorded important aspects of patients' personal care (diet, physical activity, sleep hygiene, information on the importance of therapeutic adherence and the side-effects of pharmacological treatment) and the identification and management of depression symptoms within the psychoeducational group intervention; aspects which have already been shown to aid recovery in these patients [15,39]. This new psychoeducational group intervention format is based on three fundamental care aspects for the patient with depression: improving knowledge of the disorder, promoting a healthy life-style and acquisition of habits which are beneficial to health, and the development of resources to cope with critical situations (behavioral activation techniques, cognitive behavioral therapy, problem-solving and breathing-relaxation).

The main objective of the study is to evaluate the effectiveness of this intervention through the rate of remission in the study sample post-intervention and at 6 and 9-month follow-up and, to determine whether the improvement in depression symptoms is associated with an improvement in quality of life at post-treatment and at follow-up.

As secondary objectives, we were interested in analyzing which population most benefits from this intervention; the population with "mild" or "moderate" symptoms.

## Methods

Randomized controlled trial, open parallel-group was conducted between December, 2008, and April, 2010, in primary care centers in Barcelona, Spain.



## Participants

A total of 246 participants were recruited by general practitioners (GPs) and nurses between December, 2008, and March, 2009, in 12 primary care centers (PCC) in the Barcelona urban area. These PCC participants had varying socio-demographic and economic resources.

Inclusion criteria were: a) patients older than 20 years of both sexes; b) diagnosed with a major depressive disorder according to the International Classification of Disease 10<sup>th</sup> revision (ICD-10) [40]; c) having mild to moderate symptoms according to the Beck Depression Inventory (BDI  $\geq 10$  and  $< 30$ ) and d) provision of signed informed consent.

Exclusion criteria were: a) patients with other diagnosed associated psychiatric disorders (including personality disorders and drug and alcohol abuse); b) current presence of suicidal ideation or suicide attempts; c) using secondary mental health services; d) patients with acute or terminal medical illness; e) inability to speak and understand Spanish and/or Catalan language; f) sensory or cognitive disabilities; g) illiteracy; h) temporary residents or i) non-provision of consent. Concurrent treatment with antidepressants was not an exclusion criterion but patients taking antidepressant medication could not have changed their treatment during the previous month.

Ethical approval was granted by the Jordi Gol i Gurina Foundation. Informed consent was obtained from all participants prior to their involvement in the study.

## Procedure

### *Recruitment of participants*

Nurses and GPs at each PCC were responsible for identifying patients with a possible diagnosis of depression. Once detected, the GPs were responsible for diagnosing depression disorder according to the ICD-10. Participants who met BDI criteria for mild or moderate depression (a score of BDI  $\geq 10$  and  $< 30$ ) were provisionally accepted into the trial.

The time of patient recruitment was 2 months prior to the start of the intervention. If, after two months, the 24 patients were not recruited, the intervention began with the available patients. Therefore, we prepared randomized series from 16 to 24, depending on the number of patients recruited.

At each PCC two nurses were responsible for carrying out patient assessment through an individual interview. These nurses were the same as those that would conduct the intervention group.

### *First evaluation and randomization*

Initial assessment included sociodemographic characteristics (age, gender, nationality, marital status, educational level, number of children, employment status, economic

status, core coexistence), medication (antidepressant, anxiolytics, hypnotics), administration of the Beck Depression Inventory scale (BDI) and the EuroQol- 5D (EQ-5D) questionnaire. All study variables were entered in a study database.

All patients evaluated who met the inclusion criteria were assigned a number consecutively. The participants were randomly allocated to one of two conditions by means of a computer-generated random allocation list. The computer program carried out series randomized from # 1 to 16, 18, 20, 22 and 24#, depending on the number of participants in each PCC. For the intervention group and control group the same number of patients was used (minimum 16 people and maximum 24 per PCC).

An independent person was responsible for managing the randomization lists. Subsequently, this individual sent the randomization lists in a sealed envelope to the two nurses at each PCC a few days before the intervention began.

### *Follow up evaluations*

All outcome variables were assessed four times: prior to start of the study (pretest), after 3 months (post-test), and at 6 and 9 months after inclusion (first and second follow-up, respectively) in individual data collection sessions.

## Measures

Diagnoses for participants were based on the International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> revision (ICD-10) [40]. The diagnosis was made by the general practitioner. Prior to the use of questionnaires, permission was requested from the authors.

### *Beck depression inventory*

The Beck Depression Inventory [41,42] is a brief scale of 21 items which assesses the severity of depression symptoms during the previous week. We selected the BDI due to its good internal consistency, validity, sensitivity to change, and the fact that it includes an assessment of cognitive and psychosocial symptoms.

The score range is 0–63 points. The usually accepted cut-off points for adjusting the intensity/severity are as follows: No Depression: 0–9 points, mild depression: 10–18 points, moderate depression: 19–29 points and severe depression:  $\geq 30$  points [43].

### *EuroQol quality of life questionnaire*

The EQ-5D is a self-report scale allowing a multi-dimensional description of health and construction of a digital health profile. It is a standardized measure of health status, applicable to a wide range of health conditions and treatments which provides a simple descriptive

profile and a single index value for health status [44]. This scale was validated in Spain by Xavier Badia in 1999 [45].

### Remission

Clinical remission is based upon the BDI, which is a self-report screening instrument. Remission is defined as a mean BDI score of  $\leq 11$  [46]. On the BDI self-rating scale, a cut-off of BDI  $\leq 11$  emerged for remission with a sensitivity of 90% and specificity of 64%.

### Group treatments

#### Description of the training

Nurses who lead psychoeducational groups have received previous training in relation to depression (characteristic symptoms, diet, sleep, self-esteem, self-image, physical exercise and pharmacological treatment) and in the conducted-observation groups by therapists with extensive experience. They have also been trained in techniques such as problem solving, relaxation-breathing techniques, behavioral activation and cognitive restructuring therapy. The training period was 40 hours.

The GPs received previous training in relation to the detection and diagnosis of depression in patients, and the basic principles of group psychoeducational intervention.

#### Description of the psychoeducational group intervention

The intervention consisted of 12 weekly, 90 minute sessions led by two nurses. A total of 24 nurses collaborated in the study, two nurses per PCC. During the study period, twelve groups were formed. Each group consisted of 8–12 participants.

The research group developed a protocol with a program of 12 group sessions in order to homogenize the study interventions [47].

The description of the objectives of the 12 sessions is shown in Table 1. The program provided: 1. Health education about the illness: symptoms, diet, physical exercise, sleep, pharmacological treatment and adherence to treatment. 2. Breathing techniques. 3. Problem solving, Behavioral activation and Cognitive-behavioral perspective on depression. 4. Self-esteem and self-image. 5. Pleasant activities, social skills and assertiveness.

To enhance the active role of the patient, each session was accompanied with homework for the patient. The participants were free to continue under pharmacological treatment.

The group interventions were conducted on the PCC premises. All PCC settings had the space and equipment necessary to carry out the intervention.

#### Description of the control group

Members of the control group received usual treatment (visits with the GP and nurses). There was no pattern of

**Table 1 Psychoeducational program**

Sessions	Objectives
1	First contact with the group Breathing techniques
2	Behavioral Activation I Health education and identified of depressive symptoms
3	Behavioral Activation II
4	How to take care to advance I - Diet - Sleep - Educational about pharmacological treatment
5	Problem solving I
6	Problem solving II
7	Self-esteem and self-image
8	Assertiveness
9	How to take care to advance II - Pleasant activities, social skills - Physical exercise
10	Cognitive-behavioral perspective I
11	Cognitive-behavioral perspective II
12	Group farewell Final evaluation

visits established; the patients could go to the PCC when they needed to. The GPs and nurses use their own criteria to attend depressed patients. During the visits, the patient was asked about their general health status, adherence to antidepressant treatment (if they had prescribed medication) and the GP and nurses answered any queries about healthy lifestyle (such as sleep, diet and exercise). Each visit lasted 10 to 20 minutes. The participants were free to continue under pharmacological treatment.

### Analysis

#### Sample size calculation

The sample size was determined by practical restrictions and estimation of statistical power. Accepting an alpha risk of 5% and a beta risk of 20% in a bilateral contrast, at least 92 subjects were needed in the intervention group and 92 in the control to detect a difference equal to or greater than 4.5 units on the BDI scale. It is assumed that common standard deviation is 10. A loss rate of up 15% has been estimated.

#### Statistical analysis

The analysis was carried out on an intent-to-treat basis. The analyses were based on the data of the 231 participants who completed some of the evaluations. The intent-to-treat analysis was carried out as follows; missing values

were replaced by the scale scores of the previous assessment (the last observation carried forward (LOCF)) to assure no increase. To examine baseline differences in the sociodemographic and clinical characteristics between groups, the t-Student test for continuous variables and Chi-square test for categorical variables were applied.

The effect of the intervention on the outcome variables was measured by the difference in scores between groups and the effect size. Standardized effect size (SES) [48] is calculated as the mean difference between the intervention and the control groups, divided by the standard deviation (SD) of the control group. The SES is a standardized measure of the change that allows comparison between groups, between measures in the same study and between different studies [49].

The standardized mean response (SMR) was used to measure the effect size within group comparisons. The SMR was calculated as the mean change divided by the SD of the change. Cohen's d allows classification of effect size into small (0.2 to 0.5), medium (0.5 to 0.8) and large (0.8 or over); these criteria can also be applied to SMR [49,50]. The statistics package IBM SPSS Statistics v.18 was used [51].

To evaluate the evolution of the BDI between groups, we produced a mixed-effects model, using the monitoring time (4 times: pretest, 3-month, 6-month and 9-month) as a random effect, and as a fixed effect: the type of intervention (control versus intervention), age, gender and the type of PCC. We evaluated the goodness of fit through the Kolmogorov-Smirnov test of the model residuals.

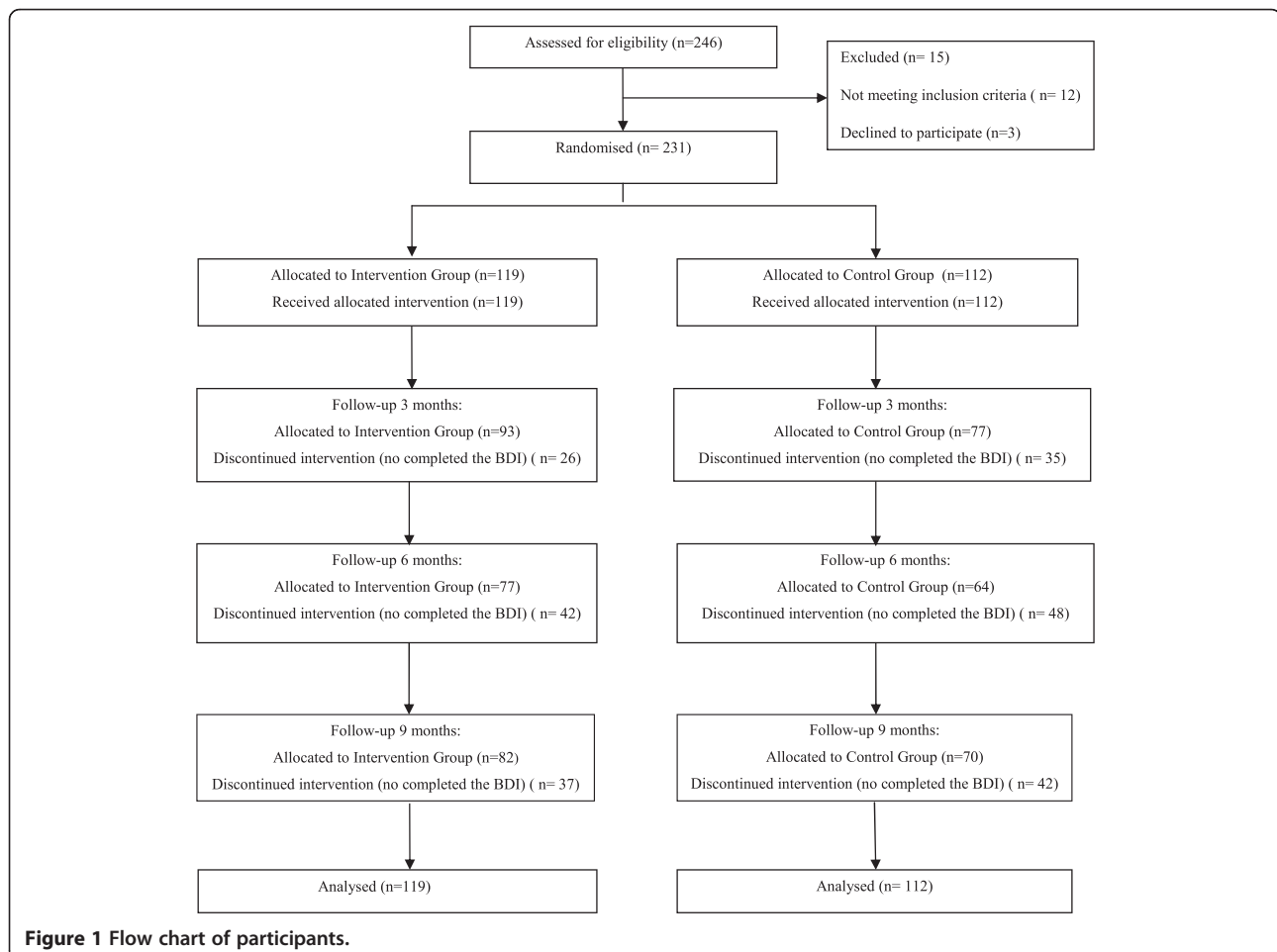
## Results

### Participant flow

The flow of participants is shown in Figure 1. Of the 246 assessed in the study, 15 people declined to participate.

### Patients characteristics

231 patients were included in the study. Patients were randomized either to psychoeducational intervention (n=119) or control group (n=112). These two groups were similar at baseline in terms of demographic and clinical characteristics, except with respect to marital status (p=0.030). Table 2 shows the baseline characteristics of the total study population and the intervention group. The typical patient was a woman, Spanish national,



**Table 2 Baseline characteristics of the total study population and intervention group. Values are numbers (percentages)**

Variable Category	Variable Category	General n (%)	Intervention n (%)	Control n (%)
Gender	Women	206(89.2)	108 (90.8)	98 (87.5)
Age	Mean (SD)	53.38(12.63)	52.29(11.77)	54.54 (13.44)
Nationality	Spanish	215 (93.1)	111 (93.3)	104 (92.9)
	Single	33 (14.3)	20(16.8)	13 (11.7)
Marital status *	Married/cohabitant	119 (51.7)	65 (54.6)	54 (48.2)
	Divorced/separated	41 (17.8)	23 (19.3)	18 (16.2)
	Widow/widowed	37 (16.1)	11 (9.2)	26 (23.4)
	Not completed primary education	27 (11.8)	14 (11.8)	13 (11.9)
Educational level	Completed primary education	88 (38.6)	42 (35.3)	46 (42.2)
	Secondary education	69 (30.3)	39 (32.8)	30 (27.5)
	University	44 (19.3)	25 (20.8)	20 (18.3)
Nº Childrens	0 Children	63 (27.3)	31 (26.1)	32 (28.6)
	1-2 Children	113 (48.9)	61 (51.3)	52 (46.4)
	>=3Childrens	55 (23.8)	27 (22.7)	28 (25)
	Self- Employed	97 (42.4)	56 (47.1)	41 (37.3)
	Disability or permanent disability	20 (8.7)	9 (7.6)	11 (10)
Employment status	Unemployed	32 (14)	18 (15.1)	14 (12.7)
	Works at home	36 (15.7)	19 (16)	17 (15.5)
	Retired	44 (19.2)	17 (14.3)	27 (24.5)
	Alone	41 (17.9)	17 (14.2)	24 (21.8)
	With childrens	32 (14)	17 (14.3)	15 (13.6)
	With his/her partner	52 (22.7)	28 (23.5)	24 (21.8)
	With his/her partner and children	66 (28.8)	36 (30.3)	30 (27.3)
Core coexistence	With parents	13 (5.7)	8 (6.7)	5 (4.5)
	With others family	11 (4.8)	8 (6.7)	3 (2.7)
	With other people	8 (3.5)	3 (2.5)	5 (4.5)
	Others	6 (2.6)	2 (1.7)	4 (3.6)
	Permanent contract	74 (34.7)	43 (37.7)	31 (31.3)
Employment Economic status	Temporary contract	8 (3.8)	3 (2.6)	5 (5.1)
	Self-employment	14 (6.6)	7 (6.1)	7 (7.1)
	Work without contract	12 (5.6)	9 (7.9)	3 (3)
	Not work, but have a salary	77 (36.2)	39 (34.2)	38 (38.4)
	Not work, not salary	28 (13.1)	13 (11.4)	15 (15.2)
Stressful event	Yes	138 (63)	73 (65.2)	65 (60.7)
Medication: Antidepressant	Yes	129 (55.8)	71 (55)	58 (45)
	No	102 (44.2)	48 (47.1)	54 (52.9)
	SSRI	105 (45.7)	60 (50.4)	45 (40.5)
	Tricyclic	6 (2.6)	4 (1.7)	2 (0.9)
	Dual	20 (8.7)	9 (7.6)	11 (9.9)
Medication: Anxiolytics	Yes	125 (54.3)	67 (56.8)	58 (51.8)
Hypnotics	Yes	11 (4.8)	7 (5.9)	4 (3.6)
Alternative treatment	Yes	51 (22.1)	28 (23.5)	23 (20.5)
Medication: blood pressure	Yes	70 (30.3)	32 (26.9)	38 (33.9)

**Abbreviations:** SD: standard deviation; SSRI: serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors.

\* P value significant (p=0.030).

approximately 54 years old, married/cohabitant, with primary education and self-employed. She had one/two children and referred to a stressful event in the previous months.

Those allocated to the psychoeducational group received a mean of 8.68 (SD 3.64; range 0–12) sessions. Adherence to psychoeducational intervention was reasonably good, with only 2 of 119 (1.68%) patients not attending any sessions and 88 (73%) receiving at least eight or more sessions.

The sessions received by the intervention group were: 12 sessions (n=38); 11 sessions (n= 15); 10 sessions (n= 23); 9 sessions (n= 6); 8 sessions (n= 6); 7 sessions (n= 3); 6 sessions (n= 3); 5 sessions (n= 2); 4 sessions (n= 1); 3 sessions (n=1); 2 sessions (n= 5); 1 session (n= 14) and 0 sessions (n= 2).

#### Attrition and dropout

Sixty-one patients were not evaluated at post-treatment (did not respond to the BDI questionnaire), 26 from the IG and 35 from the CG. At 6 month follow up, 42 from the IG and 48 from the CG, and at 9 month follow up, 37 from the IG and 42 from the CG.

Of these, 61 patients were not evaluated at post-treatment, 54 of them were drop-outs (drop-outs = patients who were not evaluated at post-treatment and follow-up assessments at 6 and 9 months). Therefore, the overall drop-out rate was 23%. The drop-out rate was 19.3% (n=23) in the intervention group and 24.1% (n=27) in the control group. Drop-outs from the experimental condition did not differ statistically from those in the control group at follow-up assessment. The reasons for drop-out were: not contactable by telephone and did not attend the interview with the nurse (n=42), not

interested in the study (n=1), change of address (n=3), referred to a secondary mental health service (n=2) and other unspecified reasons (n=6).

We analysed the 231 patients included in the study, as the analysis was carried out on an intent-to-treat basis.

#### Intervention effectiveness: remission

The proportion of patients achieving remission status (BDI≤11 score) was examined using the Riedel remission criteria for major depression [46].

Post-test results showed that more participants in the intervention group (34.5%) had scored in the non-symptomatic BDI range (BDI≤11 score) than participants in the control group (18.8%); the 15.7% difference was statistically significant (p=0.003, 95% CI 4.5 to 26.9). After 6 and 9 month follow-up the results were similar; the proportion was 40.3% in the intervention group and 26.8% in the control group and the 13.5% difference was statistically significant (p=0.014, 95% CI 1.5 to 25.6). Table 3 shows the proportion of patients remitting through treatment in the overall, mild and moderate sample. The *number needed to treat (NNT)* is about 6.4 at short-term, and 7.4 for the long-term (after 9 months); i.e. reducing BDI below 11.

As we were interested in analyzing what kind of population can benefit most from receiving the intervention, participants were categorized into mild (BDI ≤18) and moderate initial depressive symptomatology (BDI ≥19), based on the pretest BDI sample median. Of the total sample of 231 people, 86 had mild symptoms and 146 moderate symptoms at baseline.

In patients with mild depression (pretest BDI), results showed that the remission was statistically significant at post-test and at 6 and 9 month follow-up.

**Table 3 Remission of depression in the overall, mild and moderate sample**

Sample	Months	Control n (%)	Intervention n (%)	% difference at each follow-up *	(IC95%)	P-value
		<b>(n= 112)</b>	<b>(n= 119)</b>			
Overall	3	21 (18.75)	41 (34.45)	15.70	(4.5 to 26.9)	0.003
	6	30 (26.79)	48 (40.34)	13.55	(1.5 to 25.6)	0.014
	9	30 (26.79)	48 (40.34)	13.55	(1.5 to 25.6)	0.014
		<b>(n= 37)</b>	<b>(n= 48)</b>			
Mild	3	15 (31.30)	21 (56.80)	25.50	(5.01 to 46)	0.009
	6	20 (41.70)	22 (59.50)	17.80	(-3.3 to 39)	0.051
	9	18 (37.50)	24 (64.90)	27.40	(6.7 to 48)	0.006
		<b>(n= 82)</b>	<b>(n= 64)</b>			
Moderate	3	6 (9.40)	20 (24.40)	15.00	(2.7 to 27.2)	0.007
	6	10 (15.60)	26 (31.70)	16.10	(2.2 to 29.9)	0.011
	9	12 (18.80)	24 (29.30)	10.50	(- 3.4 to 24.5)	0.068

**Abbreviations:** IC interval coefficient.

\* Difference was calculated between intervention and control group.

Post-test results showed that the proportion in the non-symptomatic range of the BDI was 56.8% in the intervention group and 31.3% in the control group, the 25.5% difference was statistically significant ( $p=0.009$ , 95% CI 5.01 to 46). At 6 month follow-up, the proportion was 59.5% in the intervention group and 41.7% in the control group, but the 17.8% difference was not statistically significant ( $p=0.051$ , 95% CI -3.3 to 39). After 9 months the proportion was 64.9% in the intervention group and 37.5% in the control group; the 27.4% difference was statistically significant ( $p=0.006$ , 95% CI 6.7 to 48) (Table 3).

In patients with moderate depression (pretest BDI), results showed that the remission was statistically significant at post-test and 6 month follow-up. At post-test, the proportion was 24.4% in the intervention group and 9.4% in the control group; the 15% difference was statistically significant ( $p=0.007$ , 95% CI 2.7 to 27.2) and at 6-month follow-up it was 31.7% in the intervention group and 15.6% in the control group (16.1% difference;  $p=0.011$ , 95% CI 2.2 to 29.9) but after 9 months, results were not statistically significant (10.5% difference;  $p=0.068$ , 95% CI -3.4 to 24.5) (Table 3).

### Depressive symptomatology

Depressive symptoms were assessed through the Beck Depression Inventory (BDI). The difference between treatments at 3 months (psychoeducation intervention minus control) was estimated to be -2.12 (95% CI -4.03 to -0.214) which was significant ( $P=0.029$ ). The negative sign indicates that participants in the psychoeducation intervention had fewer depressive symptoms than those in the control group. The results at 6 and 9 months were not significant. Table 4 shows the changes in the BDI within and between the intervention and usual care group with missing data replaced using last value carried forward.

A 2 (condition: intervention, control)  $\times$  4 (time: pre-test, 3-month follow-up (post-test), 6-month follow-up, and 9-month follow-up) mixed-effects linear regression model showed a significant condition  $\times$  time interaction. The results show that the evolution of the BDI over time between groups was significant, ( $p$  value non-linear trend =0.007). The effect size of this contrast is smaller in the short (post-test) and long term (9 month follow up):  $d'=.29$  and  $d'=.16$ , respectively. Figure 2 shows the evolution of the BDI over time in the overall sample.

If, in this sample, we analysed the intervention and control group separately, the effect size within the intervention group (SRM) was moderate over time ( $d'=.77$  post-intervention and  $d'=.72$  at 9 month follow up) and the effect size within the control group was small over

time ( $d'=.36$  post-intervention and  $d'=.44$  at 9 month follow up).

In patients with mild depression (pretest BDI), the difference between treatments at 3 months (psychoeducation intervention minus control) was estimated to be -2.85 (95% CI -5.16 to -0.542) which was significant ( $p=0.016$ ). The results at 6 and 9 months were significant ( $p=0.052$  and  $p=0.048$ , respectively) (Table 4). The results show that the BDI was significantly affected by the time,  $p<.001$ , indicating that self-reported depressive symptomatology declined significantly during the course of treatment although regardless of which treatment was received, it was significantly affected by the type of intervention, ( $p$  value non-linear trend =0.045). The effect size of this contrast is moderate at short-term ( $d'=.51$ ) and at long-term ( $d'=.44$ ).

If, in this sample, we analysed the intervention and control group separately, the effect size within intervention group was moderate over time ( $d'=.71$  post-intervention and  $d'=.70$  at 9 month follow up) and the effect size within control group was small over time ( $d'=.17$  post-intervention and  $d'=.30$  at 9 month follow up).

In patients with moderate depression (pretest BDI), the difference between treatments at 3 months (psychoeducation intervention minus control) was estimated to be -3.08 (95% CI -5.41 to -0.76) which was significant ( $p=0.001$ ). The results at 6 and 9 months were not significant ( $p=0.58$  and  $p=0.17$ , respectively) (Table 4). The results show that the BDI was significantly affected over time,  $p<.001$  and according to type of intervention, ( $p$  value non-linear trend =0.022). The effect size of this contrast is smaller in the short-term ( $d'=.47$ ) and the long-term ( $d'=.24$ ). Figure 3 shows the evolution of the BDI over time in the mild and moderate sample.

If, in this sample, we analysed the intervention and control group separately, the effect size within intervention group was large ( $d'=.83$ ) post-intervention and moderate at 9 month follow up ( $d'=.74$ ), and the effect size within control group was small ( $d'=.49$ ) post-intervention and moderate ( $d'=.54$ ) at 9 month follow up.

### Quality of life

Quality of life was assessed using the EQ-5D questionnaire. Table 5 shows the changes in the EQ-5D within and between the intervention and usual care group with missing data replaced using last value carried forward. The difference between treatments at 3 months (psychoeducation intervention minus control) was estimated to be 4.19 (95% CI -0.31 to 8.66) which was a trend towards significance ( $p=0.067$ ). The positive sign indicates that participants in the psychoeducational intervention improved their quality of life more than the control group. The results at 6 and 9 months were not significant, and

**Table 4 Overall, mild and moderate sample. Changes in the BDI within and between the intervention and usual care group with missing data replaced using last value carried forward**

Sample	Months	Usual care group (n=112)			Intervention group (n=119)			Difference (95% CI) between groups (intervention group -usual care group)**		
		mean (SD)	Difference* (95% CI)	SRM <sup>#</sup>	mean (SD)	Difference*(95% CI)	SRM <sup>#</sup>	Difference	P-value	SES <sup>§</sup>
Overall	Pre-intervention	19.62 (5.79)			20.90 (5.68)					
	3 (Post-intervention)	17.54 (7.18)	2.07 (1.0 to 3.1)	0.36	15.42 (7.53)	5.47(4.19 to 6.76)	0.77	-2.12 (-4.03 to -0.214)	0.029	0.29
	6	16.51 (7.60)	3.1 (1.7 to 4.4)	0.43	15.37 (8.74)	5.52 (3.9 to 7.08)	0.64	-1.13 (-3.27 to 0.992)	0.293	0.15
	9	16.35 (7.84)	3.26 (1.9 to 4.6)	0.44	15.09 (8.62)	5.8 (4.3 to 7.26)	0.72	-1.25 (-3.39 to 0.886)	0.249	0.16
Mild		Usual care group (n=48)			Intervention group(n=37)					
	Pre-intervention	14.08 (2.72)			13.81 (2.50)					
	3 (Post-intervention)	13.23 (5.57)	0.85 (-0.56 to 2.2)	0.17	10.38 (4.94)	3.43(1.81 to 5.04)	0.71	-2.85 (-5.16 to -0.542)	0.016	0.51
	6	13.15 (6.02)	0.93 (-0.78 to 2.65)	0.15	10.65 (5.46)	3.16 (1.15 to 5.16)	0.52	-2.50 (-5.015 to 0.200)	0.052	0.42
9	12.27 (5.78)	1.81 (0.06 to 3.56)	0.30	9.70 (5.93)	4.11 (2.17 to 6.04)	0.70	-2.57 (-5.114 to -0.220)	0.048	0.44	
Moderate		Usual care group (n=64)			Intervention group(n=82)					
	Pre-intervention	23.77 (3.6)			24.10 (3.31)					
	3 (Post-intervention)	20.8 (6.6)	2.99 (1.45 to 4.51)	0.49	17.7 (7.4)	6.40(4.71 to 8.09)	0.83	-3.08 (-5.41 to -0.762)	0.010	0.47
	6	19.00 (7.7)	4.74 (2.86 to 6.60)	0.63	17.5 (9.1)	6.60 (4.54 to 8.65)	0.70	-1.53 (-4.35 to 1.28)	0.285	0.20
9	19.4 (7.8)	4.36 (2.35 to 6.36)	0.54	17.50 (8.6)	6.58 (4.63 to 8.50)	0.74	-1.89 (-4.60 to 0.840)	0.174	0.24	

**Abbreviations:** SD standard deviation; CI confidence interval.

\* **Differences were calculated between baseline measurement and follow-up measurement.**

Positive differences indicate improvement; a negative one denotes some worsening on clinical measures.

# **SRM: Standardized response mean.** Calculated as the mean change in score divided by the standard deviation of the change in score.

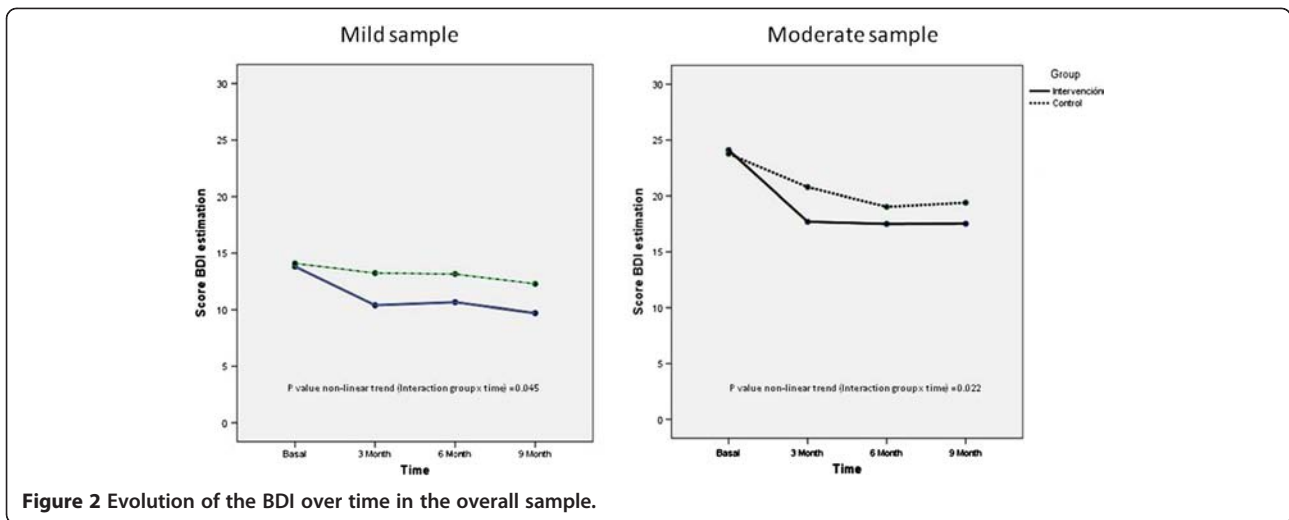
§ **SES: Standardized effect size** was computed as the mean difference between intervention and control group divided by the standard deviation of the control measurement.

A positive SRM or SES denotes improvement; a negative one denotes some worsening on clinical measures.

\*\* **Difference was calculated between intervention group and control group.**

Negative differences indicate improvement in the intervention group; Positive differences denote worsening in the intervention group.

**Interpretation effect sizes:** Values 0.2-0.5 represent small changes, 0.5-0.8 moderate changes and >0.8 large changes.

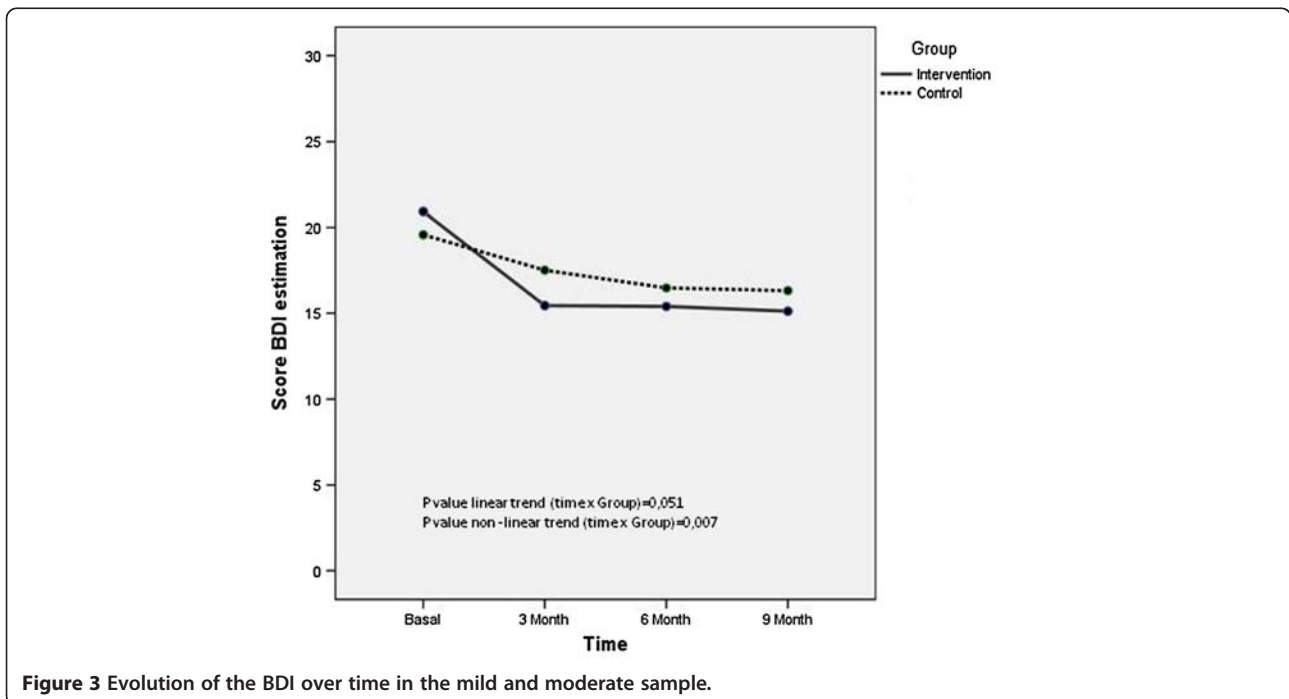


**Figure 2** Evolution of the BDI over time in the overall sample.

the difference between treatments descends at 9 months to 1.54 (95% CI -3.43 to 6.51). If, in this sample, we analyzed the intervention and control group separately, the post-intervention results show that the intervention group had an improvement in the EQ-5D of 8.97 points (95% CI 12.20 to 5.72;  $p < 0.001$ ) and was statistically significant. In the control group, the improvement was 2.29 points (95% CI 4.6 to -0.01;  $p = 0.052$ ), which was a trend towards significance (Table 5).

Separate sample analyses in patients with mild depression showed the difference between treatments at 3 months (psychoeducation intervention minus control) was estimated to be 4.99 (95% CI -2.11 to 12.09) which

was not significant ( $p = 0.166$ ). The results at 6 and 9 months were not significant, but the difference between treatments at 9 months was estimated to be 5.26 (95% CI -2.39 to 12.92), thus the improvement in quality of life was maintained over time. If, in this sample, we analyzed the intervention and control group separately, the post-intervention results show that the intervention group had an improvement in the EQ-5D of 7.89 points (95% CI 13.84 to 1.94;  $p = 0.011$ ), this was statistically significant and the improvement was maintained over time. The control group had an improvement of 2.79 points (95% CI 6.17 to 0.59;  $p = 0.103$ ), which was not significant.



**Figure 3** Evolution of the BDI over time in the mild and moderate sample.



**Table 5 Overall, mild and moderate sample. Changes in the EQ-5D within and between the intervention and usual care group with missing data replaced using last value carried forward**

Sample	Months	Usual care group (n=112)			Intervention group (n=119)			Difference (95% CI) between groups (intervention group -usual care group)**		
		mean (SD)	Difference*(95% CI)	SRM#	mean (SD)	Difference*(95% CI)	SRM#	Difference	P-value	SES <sup>§</sup>
Overall	Pre-intervention	53.25 (17.63)			50.76 (18.73)					
	3 (Post-intervention)	55.54 (16.36)	2.29 (4.6 to -0.01)	0.19	59.7 (18.1)	8.97(12.20 to 5.72)	0.50	4.19 (-0.31 to 8.66)	0.067	0.26
	6	57.05 (16.97)	3.80 (6.98 to 0.61)	0.22	57.9 (20.7)	7.09 (10.78 to 3.39)	0.34	0.81 (-4.12 to 5.73)	0.748	0.05
	9	57.69 (17.35)	4.44 (8.0 to 0.87)	0.23	59.2 (20.8)	8.46 (11.99 to 4.93)	0.43	1.54 (-3.43 to 6.51)	0.543	0.09
Mild		Usual care group (n=48)			Intervention group (n=37)					
	Pre-intervention	57.92 (18.10)			57.81 (17.58)					
	3 (Post-intervention)	60.71 (16.00)	2.79 (6.17 to -0.59)	0.24	65.7 (16.7)	7.89(13.84 to 1.94)	0.44	4.99 (-2.11 to 12.09)	0.166	0.31
	6	60.90 (16.49)	2.98 (7.71 to -1.75)	0.18	64 (18.1)	6.14 (12.73 to -0.47)	0.31	3.05 (-4.43 to 10.53)	0.420	0.18
Moderate	9	62.52 (15.02)	4.60(9.75 to -0.54)	0.25	67.8 (20.5)	9.97 (16.82 to 3.11)	0.48	5.26 (-2.39 to 12.92)	0.175	0.35
		Usual care group (n=64)			Intervention group (n=82)					
	Pre-intervention	49.75 (16.56)			47.59 (18.46)					
	3 (Post-intervention)	51.67 (15.67)	1.92 (5.15 to -1.31)	0.15	57.04 (18.08)	9.45(13.39 to 5.50)	0.52	5.36 (-0.263 to 10.99)	0.062	0.34
Moderate	6	54.17 (16.88)	4.42 (8.82 to 0.02)	0.25	55.11 (21.35)	7.52 (12.07 to 2.97)	0.36	0.93 (-5.49 to 7.37)	0.774	0.06
	9	54.06 (18.20)	4.31 (89.33 to -0.70)	0.21	55.37 (19.83)	7.78 (11.95 to 3.60)	0.40	1.30 (-5.00 to 7.61)	0.684	0.07

**Abbreviations:** SD standard deviation. CI confidence interval.

\* Differences were calculated between follow-up measurement and baseline measurement.

Positive differences indicate improvement; a negative one denotes some worsening on clinical measures.

# SRM: Standardized response mean. Calculated as the mean change in score divided by the standard deviation of the change in score.

§ SES: Standardized effect size was computed as the mean difference between intervention and control group divided by the standard deviation of the control measurement.

A positive SRM denotes improvement; a negative one denotes some worsening on clinical measures.

\*\* Difference was calculated between intervention group and control group.

Positive differences indicate improvement in the intervention group. Negative differences denote worsening in the intervention group.

Interpretation effect sizes: Values 0.2-0.5 represent small changes, 0.5-0.8 moderate changes and >0.8 large changes.

In patients with moderate depression, the difference between treatments at 3 months (psychoeducation intervention minus control) was estimated to be 5.36 (95% CI -0.26 to 10.99) which was not significant ( $p=0.062$ ). The results at 6 and 9 months were not significant. If, in this sample, we analyzed the intervention and control group separately, the post-intervention results show that the intervention group had an improvement in the EQ-5D of 9.45 points (95% CI 13.39 to 5.50;  $p<0.001$ ). This was statistically significant, and the Control Group showed no significant improvements; -1.92 points (95% CI 5.15 to 1.31;  $p=0.239$ ).

## Discussion

We found a relationship between the psychoeducational group intervention and remission of depressive symptoms. More patients from the IG had remission of their depressive symptoms at short and long term compare with the control group. The psychoeducational group intervention proved to be effective in the short term, showing a reduction in the BDI score of 5 points and this symptomatic improvement in the BDI continued to follow up at 9 months. In contrast, the control group needed 9 months to achieve a 3 point improvement in the BDI. We could say that it is an effective intervention in the short term, although the effect size is small.

When analyzing what kind of population can benefit most from receiving the group intervention; mild or moderate depression participants, we found that patients with mild symptoms obtained a higher rate of symptom remission in the short and long term and symptomatic improvement in the BDI remained over the long term, as distinct from the moderate depression group, where the improvement was only significant post-intervention (short term).

## Comparison with other studies

Psychoeducation has proved effective as psychotherapy for depressive-symptom management in the Primary Care setting [24,26-28,30,52,53]. However, there is a need to clarify both the magnitude of the effect (from 0.21 to 0.80) of this intervention and the associated factors that influence the measurement of efficacy. Some factors to take into account have been described: the type of psychoeducational intervention used [24,26,27,29,30,53], the clinical rating scale [24,26,27,30,53], intensity of clinical depressive symptoms at the beginning [26,28,54], and the duration of the therapeutic effect of the intervention [24,26-28,30,52].

One of the greatest difficulties in reviewing studies on the effectiveness of group psychoeducation in depression in primary care is that there is no consensus on the definition of psychoeducation. The studies which have used the

term "psychoeducation" to define the type of psychological therapy have defined it as an applied educational-behavioral intervention [29], or interventions with behavioral components (behavior change, pleasant activities), cognition (cognitive restructuring, counseling), education (direct instruction, lectures) and competence (broad skill training) [26,55]. Thus, we find interventions of various orientations that share a high didactic and psychoeducational group structure. This would include CBT orientation interventions with a psychoeducational group format structure [53], specific psychoeducational interventions to improve adherence to drug treatment [29], and multicomponent interventions (stepped care) structured in a psychoeducational group format [30]; or the CWD course of cognitive-behavioral orientation [14,24,26,27,31]. Most studies [24,27,28,30,52,53] that have used a psychoeducational intervention also included homework for the patient.

In our study, we developed a psychoeducational group intervention protocol that included material from the 12 sessions [47], a CD with the material from each session and homework for the patient; so reaffirming the concept of psychoeducation in our intervention.

There are few randomized studies of group psychoeducation based on this approach of providing education about the disorder and healthy lifestyle behaviors; aspects that have been shown to help in the recovery of these patients [15,39,56].

Most studies that have evaluated the effectiveness of psychoeducation have used the Beck Depression Inventory (BDI) [24,26,27,52,53] as a clinical assessment scale, which, unlike the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) [30], includes the psychological and psychosocial aspects, emphasizing the cognitive component of depression which is a very important issue in primary care.

The effectiveness of psychoeducation in the short term (post-intervention or 3 months) has already been demonstrated [26,30,52] and there are no discrepancies between studies. However, with respect to the duration of the therapeutic effect of psychoeducation at 6 and 12 month follow-up, results are controversial. The study by Allart-van Dam [28] evaluated the long-term preventive effects of an effective CWD course in the same sample of patients as in the earlier study [26] with a significant effect at 6 and 12 month follow-up ( $p=0.003$  and  $p=0.03$  respectively) but only in the participants with low initial symptomatology (BDI between 10 and 25). The study by Dalgard [27] evaluated the effect of a modified CWD course on unipolar depression at 6 and 12 month follow-up. Results showed that there was a significant improvement in symptoms ( $p=0.009$ ) and the effect size at 6 month follow-up was small ( $d'=0.47$ ) but at 12 month follow-up, the BDI in the intervention

group remained stable with a difference of 8 points. The study by Dowrick [26] evaluated the psychoeducation group for depressed adults and the results show us that the psychoeducation intervention reduced the severity and duration of depressive disorder after 6 months, but not at 12 months. In the study by Brown [52], patients significantly improved their BDI at 6 and 12 month follow-up, and in the study by Araya [30], significant improvements of 9 points between groups ( $p < 0.0001$ ) were maintained at 6 month follow-up.

Our results shows a significant improvement in symptoms post-intervention ( $p = 0.029$ ;  $d' = .29$ ) although the effect size is small but this improvement is not maintained at 9 month follow up ( $p = 0.24$ ;  $d' = .16$ ).

If we focus on the severity of initial clinical depressive symptoms, most studies included a sample of patients with an average BDI of 22. When we tried to identify the subgroup of patients which most benefits from this intervention, we divided the population according to their initial BDI: "mild" ( $BDI \leq 18$ ) or "moderate" ( $BDI \geq 19$ ). It was observed that patients with mild depressive symptoms have significantly improved symptoms in the short and long term ( $p = 0.001$  and  $p = 0.048$ , respectively) with a moderate and small effect size ( $d' = .51$  and  $d' = .44$ , respectively).

Our results coincide with those found in a review [54] where it is shown that psychological treatments for minor depression, including psychoeducation, are effective in the short-term ( $d' = .42$ ). However, the long-term improvement was not significant. Another study [26,28] concluded that patients with mild symptoms had low levels of depressive symptoms during the follow-up period, and at one year this population had depression scores that indicated an absence or very low level of symptoms.

However, when analyzing the sample of patients with moderate symptoms, our results show significant improvement in symptoms only in the short-term with a small effect size ( $d' = 0.47$ ).

In conclusion, we could say that the effectiveness of psychoeducation would be short-term (post-intervention) in the population with more severe symptomatology while, in patients with mild symptoms, it would be effective at both short and long term (follow-up at 6 and 9 months).

One of the most important aspects of our study is to evaluate the effectiveness of the intervention based on the remission of symptoms.

In relation to the remission of depressive symptoms ( $BDI \leq 11$ ) [46], our results show that 35% of the intervention group (IG) versus 19% in the control group (CG) had depressive symptoms post-intervention, and this 16% difference between groups was significant ( $p = 0.003$ ). Follow-up at 6 and 9 months showed a

significant difference of 14% ( $p = 0.01$ ), with a 40% improvement in the IG versus 27% in the CG. These data are consistent with those found in one study [26] which showed that 52.5% of the intervention group did not present depressive symptoms ( $BDI < 10$ ) (Beck, 1988) post-intervention compared with the control group; 31.7%, with a significant difference of 20.8% ( $p = 0.04$ ) between groups.

When analyzing the sample of patients with mild symptoms (initial  $BDI \leq 18$ ), we observed that 57% of the intervention group showed an absence of depressive symptoms versus 31% in the control group post-intervention, with a significant difference between groups of 25% ( $p = 0.009$ ).

At 6 month follow-up, 59% of the intervention group improved versus 42% of the control group; a difference of 18%, and at 9 month follow-up, 65% improved in the intervention group versus 38% in the control group, with a 27% significant difference between groups ( $p = 0.006$ ). These results support the effectiveness of this intervention in this subgroup of patients.

When we talk about the remission of symptoms in terms of number needed to treat (NNT), we observed that our NNT of 6.4 post-intervention and 7.4 at 9 month follow-up are supported by those obtained in the study by Dalgard [27] with a smaller sample of patients ( $n = 155$ ) which was 6 at 6-month follow-up, and the Dowrick ODIN study [16] ( $n = 452$ ) which was 7 at 6 months, supporting the effectiveness of the intervention. Another variable analyzed was quality of life and whether this could be associated with an improvement in depressive symptoms. At first, it was seen that the patients with mild symptoms have better quality of life compared with those with the most severe symptoms, although it has been observed at baseline that milder symptom patients already had better quality of life compared with those with the most severe.

Our results show that psychological intervention improves quality of life for both groups in the short-term, but only the patients with mild symptoms maintain this long-term improvement. No significant differences were found between the intervention group and the control group but this may be due to methodological issues related to the questionnaire used, EQ-5D, which has no cut-off points.

According to the results, this intervention is effective in both the short and long term with high rates of remission in patients with mild depressive symptoms.

We should mention the minor depression has a prevalence of 5–16% in primary care patients [57] and is an important risk factor for major depression, which develops in 10–25% of patients with subthreshold depression within 1–3 years [58]. It is also associated with psychological suffering, significant decrements in

health, impairment in daily living activities and has a considerable impact on quality of life [57].

### Strengths and limitations of this study

Our trial has a number of strengths: firstly, it is the first study to assess the effectiveness of this psychoeducational group intervention which includes health education about the disorder, healthy behaviors, social skills and cognitive-behavioral techniques. Secondly, determining the target population; in this case patients with mild depression. Third, the study was conducted in Spain, specifically in Catalonia, and this is the first multicenter randomized study that assesses the effectiveness of a psychoeducational intervention in this country. Fourth, the sample population was representative of all Barcelona. The PCC participants were located in various areas of Barcelona, with different socio-demographic and economic resources. And finally, highlighting the role of the nurses who led the psycho-educational groups.

Despite the positive findings, potential biases need to be considered when evaluating the study. Some of the limitations of the study could be as follows: firstly, we performed a randomization of patients, but there is no double-blind, the patient knows who belongs to the intervention or control group, as do the nurses and doctors in the PCC. It was difficult for researchers to remain masked to group allocation. However, participants completed self-rating assessments of mood and quality of life. Therefore, that lack of blindness should not have affected our primary outcome to any great extent.

Secondly, the study employed only a two-outcome measure, BDI and EQ-5D, as we wanted the study to be as close as possible to the usual practice of the Primary Care Centers. It is a naturalistic study. Thirdly, the remission of depression was assessed by a screening questionnaire (BDI) rather than a diagnostic interview. Fourth, the overall drop-out was 23%, when we estimated a loss rate up 15%. This loss rate would affect to estimate the real evolution of the BDI a long-term. There wasn't difference between groups in the loss rate. These losses are consistent with those found in other studies; between 25% and 37% [14,18]. Finally, further studies are required to confirm these results.

### Conclusions

Our results show that this psychoeducational intervention is more effective in patients with mild symptoms, since they have higher remission rate of symptoms at short and long term. Moreover, this improvement is associated with a better quality of life. The data do not demonstrate that the intervention is effective at long term in patients with moderate symptoms.

### Abbreviations

CI: confidence interval; d: Cohen's Effect size; IG: intervention group; CG: control group; ITT: intention to treat; NNT: numbers needed to be treated; PC: Primary care; PCC: primary care center; SES: Standardized effect size; SMR: standardized mean response.

### Competing interests

All authors declare that they have no competing interests.

### Authors' contributions

RC designed the study, participated in the analysis and interpretation of data, wrote the manuscript and gave final approval of the version to be published. R Catalán was involved in drafting and revising the manuscript, and participated in the interpretation of data. JLV performed the statistical analysis and participated in the revision of the manuscript. JR performed the statistical analysis. SV participated in the design of the study. MC participated in the design of the study and in the revision of the manuscript. All authors contributed to the article and approved the final manuscript.

### Authors' informations

RC is Psychologist. Research Department at the "Centre Higiene Mental (CHM) Les Corts", Barcelona, Spain. Psychiatry and Legal Medicine Department, Universidad Autónoma de Barcelona, Spain. Barcelona Research Support Unit in Primary Care. IDIAP Jordi Gol, Catalan Institute of Health, Barcelona, Spain.

R Catalán is PhD Psychiatrist. Clinical Institute of Neurosciences (ICN), Hospital Clinic, Barcelona, Spain. Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Spain. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Spain.

JLV is a preventive public-health physician. Barcelona Research Support Unit in Primary Care. IDIAP Jordi Gol. Catalan Institute of Health Barcelona, Spain. JR is a statistician. Barcelona Research Support Unit in Primary Care. IDIAP Jordi Gol. Catalan Institute of Health Barcelona, Spain.

SV is PhD Psychologist. Department of Psychiatry Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain. Centro de Investigación Biomédica en red de Salud Mental CIBERSAM, Spain.

MC is PhD Psychiatrist. Department of Psychiatry. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain. Centro de Investigación Biomédica en red de Salud Mental CIBERSAM, Spain. Professor at the Universidad Autónoma de Barcelona, Spain.

### Acknowledgements

This study was funded by the Spanish "Fondo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias", Spanish Ministry of Health: registration number PI07/90712.

We want to express our gratitude to the Research group composed of Jordi Armengol, M<sup>a</sup> Antonia Campo, Empar Escudero, Inés Ángeles Falder, Eva M<sup>a</sup> Fernandez, Elena Puigdevall, Antonia Raya and Teresa Romero who participated in the design of the psychoeducational group program and coordinated the research study in the different participating PCCs. We thank Teresa Rodríguez-Blanco (Statistician, IDIAP Jordi Gol) for her help with the statistical analysis.

We also want to express our gratitude to the 24 nurses who led the psychoeducational groups and participated in the collection of data: Isabel Montull and Teresa Cervelló (EAP Sant Andreu 9G); Merce Valls (EAP Raval Nord), Josep Agudo and Cristina Murillo (EAP La Mina); Mercè Carbonell, Núria Rosell and Carmen Donlo (EAP Sagrera 9A); M. Rosina Crespo and M. Carme Grané (EAP Sant Elies 5B); Pilar Tarragó and Vicenta Estrada (EAP Rio de Janeiro 8D); Elisabet Ferré and Cristina Menéndez (EAP Congrés 9C); M. Magdalena Gámez and Carmen Sardà (EAP Pare Claret 6A); Eva Sadurní and Trini González (EAP Horta 7 F); M. Lourdes Lasasosa and Fani Rodrigo (EAP Passeig Sant Joan 2H); Teresa Muñoz (EAP Montnegre 4A); M. José Ochoa and Núria Ortiz (EAP Turó-Vilapicina 8A-8C).

### Author details

<sup>1</sup>Research Department. Centre Higiene Mental (CHM) Les Corts, c/ Numància, 103-105, Bajos, 08029, Barcelona, Spain. <sup>2</sup>Psychiatry and Legal Medicine Department, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain.

<sup>3</sup>Barcelona Research Support Unit in Primary Care. IDIAP Jordi Gol, Catalan Institute of Health, Barcelona, Spain. <sup>4</sup>Clinical Institute of Neurosciences (ICN), Hospital Clinic, C/ Villarreal 170, 08036 Barcelona, Spain. <sup>5</sup>Department of

Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Barcelona, Spain. <sup>6</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain. <sup>7</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, Spain. <sup>8</sup>Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, C/Passeig de la Vall d'Hebron, 119-129, 08035 Barcelona, Spain.

Received: 6 August 2012 Accepted: 10 December 2012  
Published: 18 December 2012

## References

1. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al: **Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study.** *Br J Psychiatry* 2001, **179**:308–316.
2. Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, Brown JL: **Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder?** *J Clin Psychiatry* 1994, **55**(suppl):18–28.
3. Rucci P, Gherardi S, Tansella M, Piccinelli M, Berardi D, Bisoffi G, et al: **Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics.** *J Affect Disord* 2003, **76**:171–81.
4. Veerman JL, Dowrick C, Ayuso-Mateos JL, Dunn G, Barendregt JJ: **Population prevalence of depression and mean Beck Depression Inventory score.** *Br J Psychiatry* 2009, **195**:516–9.
5. Nuevo R, Leighton C, Dunn G, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, et al: **Impact of severity and type of depression on quality of life in cases identified in the community.** *Psychol Med* 2010, **40**:2069–2077.
6. Wells KB, Sherbourne CD: **Functioning and Utility for Current Health of Patients With Depression or Chronic Medical Conditions in Managed Primary Care Practices.** *Arch Gen Psychiatry* 1999, **56**:897–904.
7. Sprangers M, de Regt EB, Andries F, van Agt HME, Bijl RV, de Boer JB, et al: **Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?** *Journal of Clinical Epidemiology* 2000, **53**:895–907.
8. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J: **The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study.** *Journal of the American Medical Association, JAMA* 1989, **262**:914–919.
9. Benton T, Staab J, Evans DL: **Medical co-morbidity in depressive disorders.** *Ann Clin Psychiatry* 2007, **19**(4):289–303.
10. Katon WJ: **Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness.** *Biol Psychiatry* 2003, **54**(3):216–26.
11. Wahlbeck K, Mäkinen M: **Prevention of depression and suicide.** Luxembourg: European Communities: Consensus paper; 2008.
12. Hollon SD, Ponniah K: **A review of empirical supported psychological therapies for mood disorders in adults.** *Depression and Anxiety* 2010, **27**:891–932.
13. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A: **Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses.** *Nord J Psychiatry* 2011, **1**–11.
14. Cuijpers P: **A psychoeducational approach to the treatment of depression: a meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" course.** *Behavior Therapy* 1998, **29**:521–533.
15. The British Psychological Society: *The Royal College of Psychiatrists. The treatment and management of depression in adults* (updated edition) National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE); 2009.
16. Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM: **Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "Coping with Depression" course thirty years later.** *Clin Psychol Rev* 2009, **29**:449–58.
17. Willemsse GRWM, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG: **Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care.** *Br J Psychiatry* 2004, **185**:416–421.
18. Muñoz R, Ying Y, Bernal G, Perez-Stable E, Sorensen J, Hargreaves W: **Prevention of Depression with Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial.** *American Journal of Community Psychology* 1995, **23**(2):199–222.
19. *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder.* American Psychiatric Association (APA): 3rd ed. Arlington (VA); 2010.
20. Preventive Services Task Force: **Screening for depression in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.** *Ann Intern Med* 2009, **151**(11):784–92.
21. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walzet G: **Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for patients with schizophrenia and their families.** *Schizophr Bull* 2006, **32**(S1):S1–S9.
22. Kaplan HI, Sadock BJ: **Terapia de grupo.** *Panamericana* 1996, .
23. Palacín M, En: Sáez Cardenas S, Pérez Calvo RM: *Grupos para la promoción de la salud.* El Grupo en la Promoción y Educación para la salud: Ed. Milenio; 2004.
24. Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Page H, Lehtinen V, Casey P, Wilkinson C, Vazquez-Barquero JL, Wilkinson G: **Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial.** *Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. Bmj* 2000, **321**:4–450.
25. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, et al: **Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial.** *JAMA* 2000, **283**:212–20.
26. Allart-van Dam E, Hosman CMH, Hoogduin CAL, Schaap CPDR: **The 'Coping with Depression' course: short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression.** *Behavior Therapy* 2003, **34**:381–396.
27. Dalgard OS: **A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540).** *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006, **2**:15.
28. Allart-van Dam E, Hosman CMH, Hoogduin CAL, Schaap CPDR: **Prevention of depression in subclinically depressed adults: Follow-up effects on the 'Coping with Depression' course.** *J Affect Disord* 2007, **97**:219–228.
29. Peveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C, et al: **Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial.** *BMJ* 1999, **319**:612–5.
30. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al: **Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial.** *Lancet* 2003, **361**:995–1000.
31. Teri L, Lewinsohn PM: **Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of outcome.** *Behavior Therapy* 1986, **17**:215–228.
32. Brown JS, Elliott SA, Boardman J, Ferns J, Morrison J: **Meeting the unmet need for depression services with psycho-educational self-confidence workshops: preliminary report.** *Br J Psychiatry* 2004 Dec, **185**:511–515.
33. Jamison C, Scogin F: **The Outcome of Cognitive Bibliotherapy With Depressed Adults.** *J Consult Clin Psychol* 1995, **63**(4):644–650.
34. Hansson M, Bodlund O, Chotai J: **Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: A randomized controlled trial.** *J Affect Disord* 2008, **105**:235–240.
35. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF: **Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial.** *BMJ* 2004, **328**:265–268.
36. Clarke G, Reid E, Eubanks D, O'Connor E, DeBar L, Kelleher C, et al: **Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program.** *Journal of Medical Internet Research* 2002, **4**(3):e14.
37. Clarke G, Eubanks D, Reid E, Kelleher C, O'Connor E, DeBar L, et al: **Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): A Randomized Trial of a Self-Help Depression Skills Program With Reminders.** *J Med Internet Res* 2005, **7**(2):16.
38. The Centre for Mental Health Research, The Australian National University: *BluePages, Depression information*, http://www.bluepages.anu.edu.au.
39. 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.* Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t: N: Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008; 2006.
40. World Health Organization (WHO): *International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> revision.* 1991.
41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al: **Inventory for measuring depression.** *Arch Gen Psychiatr* 1961, **4**:561–571.
42. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: *Cognitive therapy of depression.* New York: Wiley; 1979.
43. Beck AT, Steer RA, Garbin MG: **Psychometric properties of the Beck Depression inventory: twenty-five years of evaluation.** *Clin Psychol Rev* 1988, **8**:77–100.

44. Group EQ: EuroQol- a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990, **16**:199–208.
45. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A: The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. *European Quality of Life scale. Med Clin* 1999, **112**(Suppl 1):79–86.
46. Riedel M, Möller HJ, Obermeier M, Schennach-Wolff R, Bauer M, Adli M, et al: Response and remission criteria in major depression. A validation of current practice. *Journal of Psychiatric Research* 2010, **44**:1063–1068.
47. Grupo de trabajo del Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en atención primaria: *Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en atención primaria PI07/90712*. Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad, Barcelona: Institut Català de la Salut; 2009.
48. Bellini LM, Baime M, Shea JA: Variation of mood and empathy during internship. *JAMA*. 2002, **287**(23):3143–3146.
49. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF: Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 1989, **27**(3 Suppl):S178–S189.
50. Cohen J: *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
51. IBM SPSS. *Statistics v.18 Inc* 1989–2010, .
52. Brown RA, Lewinsohn PM: Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: Comparison of Group, Individual, and Minimal Contact Procedures. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52**(5):774–783.
53. Bright J, Baker K, Neimeyer R: Professional and Paraprofessional Group Treatments for Depression: A Comparison of Cognitive-Behavioral and Mutual Support Interventions. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67**(4):491–501.
54. Cuijpers P, Smit F, van Straten A: Psychoeducational treatment of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007, **115**:434–441.
55. Jané-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P: Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *Br J Psychiatry* 2003, **183**:384–397.
56. Singapore Ministry of Health: *Clinical Practice guidelines Depression*. Singapore: Ministry of Health; 2004.
57. Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M: Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011, **198**:11–16.
58. Cuijpers P, Smit F: Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatr Scand* 2004, **109**:325–31.

doi:10.1186/1471-244X-12-230

**Cite this article as:** Casañas et al.: Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012 **12**:230.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at  
www.biomedcentral.com/submit



**a) Artículo 1:** Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial.

**Cita Bibliográfica:**

Casañas R, Catalán R, Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2012 Dec 18;12(1):230.

**RESUMEN:**

**Antecedentes:** Estudios demuestran la efectividad de la psicoeducación grupal en la reducción de los síntomas en personas con depresión, sin embargo, hay muy pocos estudios controlados que hayan incluido aspectos del cuidado personal y estilo de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, descanso) conjuntamente con técnicas cognitivo-conductuales dentro de la psicoeducación y que hayan mostrado su efectividad.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de un programa de psicoeducación, el cual incluye aspectos del cuidado personal y estilos de vida saludables, en pacientes con sintomatología depresiva leve/moderada en Atención Primaria (AP)

**Métodos:** En un ensayo aleatorio controlado, 246 participantes de más de 20 años de edad con un diagnóstico de Depresión Mayor según el CIE-10 fueron reclutados a través de las enfermeras / médicos de familia en 12 centros de Atención Primaria (CAP) de la ciudad de Barcelona. El grupo intervención (GI) (n = 119) recibió un programa grupal psicoeducativo (12 sesiones, 1.5h cada sesión dirigidas por dos enfermeras) y el grupo control (GC) (n = 112) recibieron la atención habitual. Los pacientes fueron evaluados al inicio, post-intervención y a los 6 y 9 meses de seguimiento. Las principales medidas de resultado fueron el BDI, EQ-5D y remisión de la sintomatología depresiva basado en el BDI.

**Resultados:** 231 pacientes asignados al azar fueron incluidos, de los cuales 85 tenían Depresión leve y 146 Depresión moderada. Los análisis mostraron diferencias significativas entre los grupos en relación a la remisión de los síntomas, sobre todo en el grupo de Depresión leve, con una alta tasa de 57% (p = 0.009) en el post-tratamiento y del 65% (p = 0.006) a las 9 meses de seguimiento, y sólo mostró diferencias significativas en el BDI después del tratamiento (p = 0.016; tamaño del efecto de Cohen d' = 51) y a los 6 a 9 meses de seguimiento (p = 0,048; d' = 44.). En la muestra general y moderados, los análisis sólo mostró diferencias significativas entre grupos en el BDI post-intervención, p = 0.02 (d' = . 29) y p = 0.010 (d' = . 47), respectivamente.

El grupo de psicoeducación mejoró significativamente en el EQ-5D a corto y largo plazo.

**Conclusiones:** Esta intervención psicoeducativa es un tratamiento eficaz a corto y a largo plazo para los pacientes con síntomas depresivos leves. Éste es el resultado de una alta tasa de remisión, se recomienda en AP y se puede llevar a cabo por enfermeras con formación previa. En los pacientes moderados, la psicoeducación grupal es eficaz a corto plazo.





**b) Artículo 2:** Evaluation of effectiveness of a Psycho-educational intervention in treatment-naïve patients with antidepressive medication in Primary Care: randomized controlled trial.

**Cita Bibliográfica:**

Casañas R, Catalán R, Penades R, Real J, Valero S, Muñoz MA, Casas M. Evaluation of effectiveness of a Psycho-educational intervention in treatment-naïve patients with antidepressive medication in Primary Care: randomized controlled trial. The Scientific World Journal, vol. 2015, Article ID 718607, doi:10.1155/2015/718607.

**RESUMEN**

**Antecedentes:** Existe evidencia que apoya la eficacia de la psicoeducación (PE) en pacientes con síntomas depresivos en Atención Primaria (AP), pero muy pocos estudios han evaluado esta intervención en pacientes sin tratamiento previo con medicación antidepressiva (AD). El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de un programa de PE en estos pacientes, ya que el uso de AD puede interferir con los efectos de la intervención.

**Métodos:** 106 participantes fueron incluidos, de los cuales 50 formaban parte del programa de PE (12 sesiones de 1.5 horas semanales), y 56 del grupo control (GC) que recibió la atención habitual. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y a los 3, 6 y 9 meses de seguimiento. Las principales medidas de resultado fueron Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la remisión basada en el BDI. El análisis se llevó a cabo mediante el método de intención de tratar (ITT).

**Resultados:** El grupo del programas de PE mostró una remisión de los síntomas del 40% ( $p = 0.001$ ) post-intervención y 42% ( $p = 0.012$ ) a los 6 meses de seguimiento. El análisis sólo mostró diferencias significativas en el BDI después del tratamiento ( $p = 0.008$ ; tamaño del efecto de Cohen  $d' = 0.55$ )

**Conclusiones:** La intervención PE es un tratamiento efectivo en la población depresiva no tratada con medicación AD. Antes de tomar una AD, una intervención psicoeducativa debería ser considerada.



## Research Article

# Evaluation of the Effectiveness of a Psychoeducational Intervention in Treatment-Naïve Patients with Antidepressant Medication in Primary Care: A Randomized Controlled Trial

R. Casañas,<sup>1,2,3</sup> R. Catalán,<sup>4,5,6,7</sup> R. Penadés,<sup>4,5,6,7</sup> J. Real,<sup>3</sup> S. Valero,<sup>7,8</sup> MA. Muñoz,<sup>3</sup>  
LL. Lalucat-Jo,<sup>1</sup> and M. Casas<sup>7,8</sup>

<sup>1</sup> Research Department, Centre Higiene Mental (CHM) Les Corts, C/Numancia, 103-105 Bajos, 08029 Barcelona, Spain

<sup>2</sup> Psychiatry and Legal Medicine Department, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain

<sup>3</sup> Primary Healthcare University Research Institute IDIAP-Jordi Gol, Institut Català de la Salut (ICS), C/Sardenya 375, 08036 Barcelona, Spain

<sup>4</sup> Clinical Institute of Neurosciences (ICN), Hospital Clinic, Barcelona, Spain

<sup>5</sup> Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Barcelona, Spain

<sup>6</sup> Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain

<sup>7</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, Spain

<sup>8</sup> Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain

Correspondence should be addressed to R. Casañas; [rocio.casanas@chmcorts.com](mailto:rocio.casanas@chmcorts.com)

Received 31 July 2014; Accepted 29 October 2014

Academic Editor: Yen-Kuang Yang

Copyright © 2015 R. Casañas et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Background.** There is evidence supporting the effectiveness of psychoeducation (PE) in patients with symptoms of depression in primary care (PC), but very few studies have assessed this intervention in antidepressant-naïve patients. The aim of this study is to assess the effectiveness of a PE program in these patients, since the use of antidepressant (AD) medication may interfere with the effects of the intervention. **Methods.** 106 participants were included, 50 from the PE program (12 weekly 1.5-hour sessions) and 56 from the control group (CG) that received the usual care. Patients were assessed at baseline and at 3, 6, and 9 months. The main outcome measures were the Beck Depression Inventory (BDI) and remission based on the BDI. The analysis was carried out on an intention-to-treat basis. **Results.** The PE program group showed remission of symptoms of 40% ( $P = 0.001$ ) posttreatment and 42% ( $P = 0.012$ ) at 6 months. The analysis only showed significant differences in the BDI score posttreatment ( $P = 0.008$ ; effect size Cohen's  $d' = 0.55$ ). **Conclusions.** The PE intervention is an effective treatment in the depressive population not treated with AD medication. Before taking an AD, psychoeducational intervention should be considered.

## 1. Introduction

Depression is one of the most prevalent mental disorders in the adult population worldwide, with a lifetime prevalence of 9–20% [1] and specifically 10.5% in Spain [2].

In primary health care there has been an increase in the detection of major depressive disorders in recent years, with a 12-month prevalence of 11% in Europe and 14% in Spain [3].

In fact, minor depressive disorders are the third leading cause of consultation in primary health care, with a prevalence rate of 5–16% [4–6], and it is an important risk factor for major depression, which develops in 10–25% of patients with subthreshold depression within 1–3 years [7].

A significant increase in the prescription of antidepressants in primary care in recent decades in Spain has been confirmed [8], possibly due to the use of so-called

“third-generation” antidepressants, as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are the chosen treatment among patients with depression.

When we reviewed the interventions that have proven effective in treating minor depression, we found that most international clinical practice guidelines (CPG) for the management of depression recommend psychoeducational interventions and brief psychotherapy as an initial step in the treatment protocol [9–11]. These guidelines do not recommend antidepressant medication in patients with mild symptoms.

With regard to psychoeducation, it has been demonstrated that it is an effective therapy in the treatment of depression in adults [9, 12], as it reduces depressive symptoms and can prevent depression in primary care patients [13–15]. It has also been proven to reduce depressive symptoms in mild and moderate depression in both the short term and long term [16–19].

This intervention could be carried out by community nurses with previous training in primary care [18–22].

In most of these studies, we detected that the antidepressant medication variable had not been taken into account when evaluating whether it might have affected the results of the intervention. Some studies explain that some patients were taking antidepressants [19, 20], while in other studies this variable is omitted [23], even though the few studies that analyzed whether taking antidepressants might have an effect on the effectiveness of the intervention [17] have proven that the results obtained were maintained despite excluding participants taking AD medication.

We carry out a randomized, controlled, open-label, parallel-group trial [18] to assess the effectiveness of a psychoeducational program versus the usual care in a sample of 231 patients diagnosed with major depression (mild/moderate symptoms) recruited at 12 urban primary care centers (PCCs) in Barcelona. The intervention group ( $n = 119$ ) participated in a psychoeducational program (12 weekly 1.5-hour sessions led by two nurses) and the control group ( $n = 112$ ) received the usual care. This group program included aspects of personal care and a healthy lifestyle (diet, physical exercise, sleep, and pharmacological treatment), as well as the identification and management of depressive symptoms within the psychoeducational intervention and cognitive-behavioral techniques used in psychoeducation.

The results of the study showed that this psychoeducational intervention was more effective in patients with mild symptoms, since they had a higher symptom remission rate over the short terms and long term. Moreover, this improvement was associated with better quality of life. The data do not demonstrate that the intervention is effective over the long term in patients with moderate symptoms [18].

In this paper, the main objective is to assess the effectiveness of this intervention through the rate of remission in the sample of antidepressant-naïve patients. Among the secondary objectives, we were interested in analyzing how many patients had taken ADs during the intervention and at 6 and 9 months of follow-up, whether taking medication was associated with worsening of symptoms and whether

the number of group sessions attended influenced improvement in symptoms.

## 2. Methods

A detailed description of the methodology has been reported previously [18]. In this study we will only specify the most important methodological aspects. The randomized, controlled trial was conducted between December 2008 and April 2010 in Barcelona, Spain. Participants were recruited by general practitioners and nurses between December 2008 and March 2009 at 12 PCCs.

**2.1. Participants.** 231 participants were included in the study [18] and randomly assigned to the intervention group (IG) ( $n = 119$ ) or the control group (CG) ( $n = 112$ ). The subgroup of patients who had never taken pharmacological antidepressant treatment prior to participating in the study ( $n = 106$ ) was extracted from this patient sample.

Inclusion criteria were (a) patients included in the study [18] who had never been treated with antidepressant medication; (b) male and female patients over 20 years of age; (c) patients diagnosed with a major depressive disorder according to the International Classification of Diseases 10th revision (ICD-10) [24]; (d) patients with mild to moderate symptoms according to the Beck Depression Inventory (BDI  $\geq 10$  and  $< 30$ ); and (e) provision of signed informed consent.

Exclusion criteria were as follows: (a) patients who had been treated with ADs some time prior to participating in the study.

The information about antidepressant prescription was obtained from the primary care information system.

**2.2. Procedure.** Of the 231 patients included in the main study, 106 were included in this study.

All outcome variables were assessed four times: prior to start of the study (pretest), after 3 months (posttest), and at 6 and 9 months after inclusion (first follow-up and second follow-up, resp.) in individual data collection sessions.

**2.3. Measures.** Participant diagnosis was based on the International Classification of Diseases 10th revision (ICD-10) [24]. The diagnosis was made by the general practitioner (GP).

**2.3.1. Beck Depression Inventory.** The Beck Depression Inventory is a brief scale of 21 items which assesses the severity of depressive symptoms during the previous week. The score ranges from 0 to 63 points. The usually accepted cut-off points for classifying the intensity/severity are as follows: no depression: 0–9 points, mild depression: 10–18 points, moderate depression: 19–29 points, and severe depression:  $\geq 30$  points [25].

**2.3.2. Remission.** Clinical remission is based on the BDI, which is a self-reporting screening instrument. Remission is

defined as a mean BDI score of  $\leq 11$  [26]. On the BDI self-rating scale, a cut-off of  $BDI \leq 11$  emerged for remission with a sensitivity of 90% and specificity of 64%.

#### 2.4. Group Treatments

**2.4.1. Description of the Psychoeducational Group Intervention.** The intervention consisted of 12 weekly 90-minute sessions led by two nurses. Each group consisted of 8–12 participants.

The program provided (1) health education about the illness: symptoms, diet, physical exercise, sleep, pharmacological treatment, and adherence to treatment; (2) breathing techniques; (3) problem solving, behavioral activation, and a cognitive-behavioral approach to depression; (4) self-esteem and self-image; and (5) pleasant activities, social skills, and assertiveness [27].

To enhance the active role of the patient, each session was accompanied with homework for the patient.

**2.4.2. Description of the Control Group.** Patients from the control group were no longer taking AD medication. Members of the control group received the usual treatment (visits with GPs and nurses). There was no pattern of visits established; the patients could go to the PCC when they needed to. The GPs and nurses used their own criteria to care for depressed patients.

**2.5. Analysis.** The analysis was carried out on an intention-to-treat basis. The analyses were based on the data of the 106 participants who completed some of the evaluations. The intention-to-treat analysis was carried out as follows: missing values were replaced by the scores from the previous assessment (the last observation carried forward (LOCF)) to ensure no increase. To examine baseline differences in the sociodemographic and clinical characteristics between groups, Student's *t*-test was applied for continuous variables and the Chi-square test for categorical variables.

The effect of the intervention on the outcome variables was measured by means of the difference in scores between groups and the effect size. Standardized effect size (SES) [28] is calculated as the mean difference between the intervention and the control groups, divided by the standard deviation (SD) of the control group. The SES is a standardized measure of the change that enables comparison between groups, between measures in the same study, and between different studies [29].

The standardized response mean (SRM) was used to measure the effect size within group comparisons. The SRM was calculated as the mean change divided by the SD of the change. Cohen's *d* allows the effect size to be classified into small (0.2 to 0.5), medium (0.5 to 0.8), and large (0.8 or over); these criteria can also be applied to the SRM [29, 30]. The IBM SPSS Statistics v.18 statistics package was used [31].

To evaluate the evolution of BDI scores between groups, we performed repeated measures of analysis of variance (ANOVA). We evaluated the goodness of fit using the Kolmogorov-Smirnov test of the residuals.

To evaluate the possible relationship between the number of sessions and the decrease in the BDI score in the intervention group, the Spearman correlation coefficient (*r*) was calculated for each time.

### 3. Results

The flow of participants is shown in Figure 1. Of the 246 allocated to the study, 140 were excluded: 125 were or had been on AD treatment, 12 did not meet the inclusion criteria, and 3 people chose not to participate.

**3.1. Patient Characteristics.** 106 patients were included in the study, 50 corresponding to the PE Group and 56 to the control group. These two groups were similar at baseline in terms of demographic and clinical characteristics, except with respect to gender ( $P = 0.018$ ) and hypnotic medication ( $P = 0.028$ ). Table 1 shows the baseline characteristics of the total study population and the intervention and control group. The typical patient was a native Spanish woman, approximately 53 years old, married/cohabiting, with primary studies, and self-employed. She had zero or two children and referred to a stressful event in the previous month.

Those allocated to the psychoeducational group received a mean of 8.74 (SD 4.26; range 1–12) sessions. Adherence to psychoeducational intervention was reasonably good, 38 (76%) receiving at least eight sessions or more. The sessions received by the intervention group were 12 sessions ( $n = 21$ ); 11 sessions ( $n = 4$ ); 10 sessions ( $n = 8$ ); 9 sessions ( $n = 3$ ); 8 sessions ( $n = 2$ ); 3 sessions ( $n = 1$ ); 2 sessions ( $n = 4$ ); and 1 session ( $n = 7$ ).

**3.2. Attrition and Dropout.** Of the sample of 106 patients included in the study, 26 were dropouts (dropouts = patients who were not evaluated at posttreatment and follow-up assessments at 6 and 9 months). Therefore, the overall dropout rate was 24.52%. The dropout rate was 20% ( $n = 10$ ) in the intervention group and 28.57% ( $n = 16$ ) in the control group. Dropouts from the experimental group did not differ statistically from those in the control group at follow-up assessments. The overall dropout rate was 23% of the initial study [18].

**3.3. Intervention Effectiveness: Remission.** The proportion of patients achieving remission (BDI score of  $\leq 11$ ) was examined using the Riedel remission criteria for major depression [26].

Posttest results showed that more participants in the intervention group ( $n = 20$ ) had scored in the nonsymptomatic BDI range (BDI score of  $\leq 11$ ) than participants in the control group ( $n = 7$ ). This means that 40% of the participants in the intervention group and 12.5% in the control group did not have depressive symptoms; the 27.5% difference between groups was statistically significant ( $P = 0.001$ , 95% CI 11.4 to 43.6). After 6 months of follow-up the results were similar: the proportion was 42% in the intervention group and 19.6% in the control group; the 22.4% difference between groups remained statistically significant ( $P = 0.012$ , 95% CI 5.2 to 39.6). After 9 months of follow-up, the proportion was

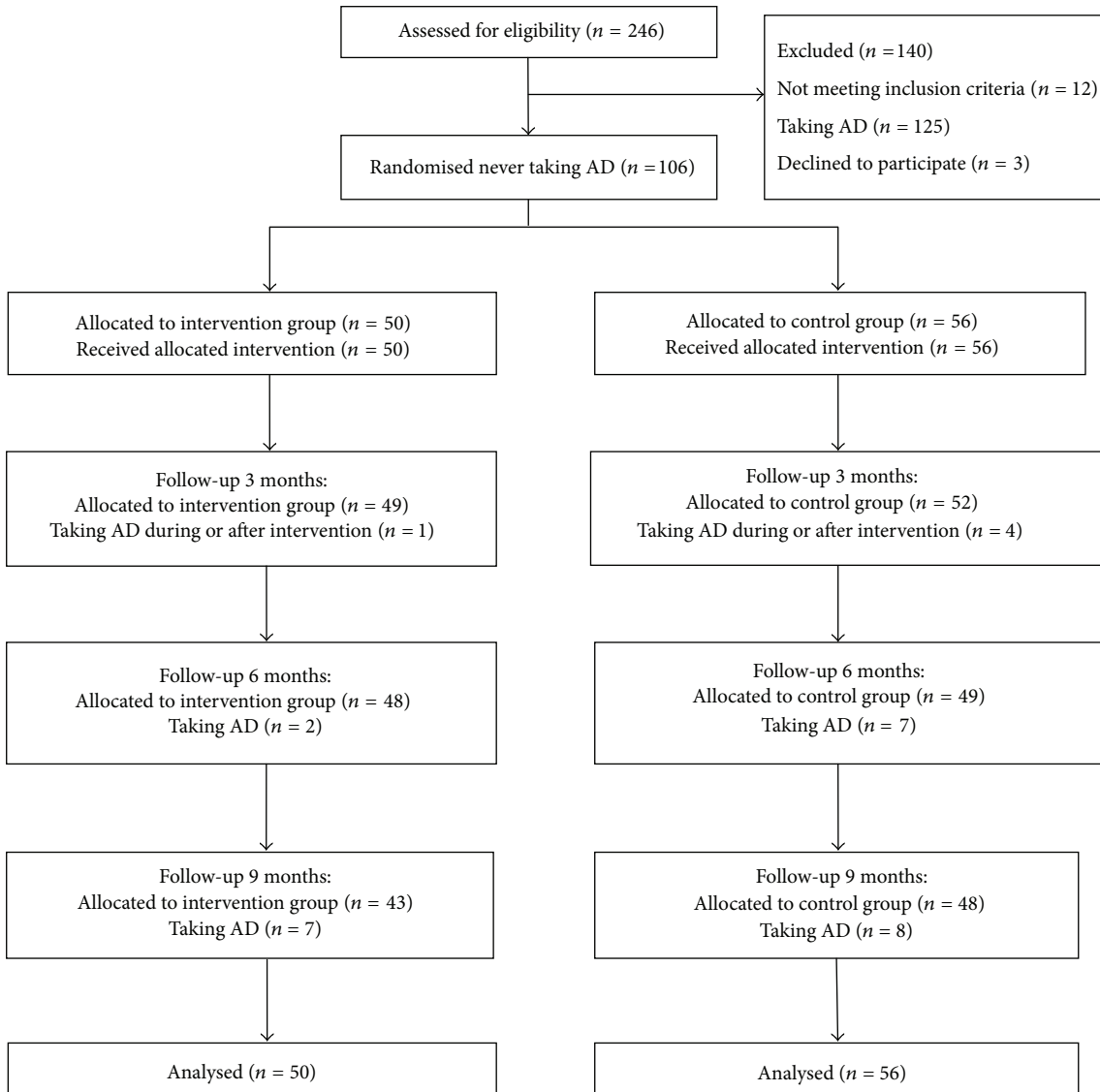


FIGURE 1: Flow chart of participants.

44% in the intervention group and 26.8% in the control group; however, the 17.2% difference between groups was not statistically significant ( $P = 0.064$ , 95% CI  $-35.5$  to  $0.79$ ).

Table 2 shows the proportion of patients in the overall sample remitting through treatment.

The number needed to treat (NNT) to achieve remission is about 4 at 3 months (CI 95% 2.3 to 8.8), 5 at 6 months (CI 95% 2.5 to 19.3), and 6 for the long-term (after 9 months), that is, reducing the BDI score below 11.

**3.4. Depressive Symptoms.** Depressive symptoms were assessed using the Beck Depression Inventory (BDI). The difference between treatments at 3 months (psychoeducational intervention minus control) was estimated to be  $-3.61$  (95% CI  $-6.25$  to  $-0.95$ ), which was significant ( $P = 0.008$ ). The negative sign indicates that participants in the psychoeducational intervention group showed a greater

decrease in depressive symptoms than those in the control group. The results at 6 and 9 months were not significant. Table 3 shows the changes in BDI score within and between the intervention and usual care groups, with missing data replaced using the last value carried forward.

The results showed that the evolution of the BDI scores over time between groups was significant in a nonlinear trend ( $P$  value nonlinear trend =  $0.001$ ). The effect size of this contrast was moderate ( $d' = 0.55$ ) in the short term (posttest) and smaller ( $d' = 0.18$ ) in the long term (at 9 months of follow-up). Figure 2 shows the evolution of the BDI score over time by groups.

As a secondary analysis, we were also interested in analyzing the evolution of the BDI score over time in the intervention group and control group separately.

Within the intervention group, a reduction was observed in the BDI score of 5.50 and 5.80 points posttreatment and

TABLE 1: Baseline characteristics of the total study population and the intervention group. Values are expressed as numbers (percentages).

Variable	Category	(n = 106) general n (%)	(n = 50) intervention n (%)	(n = 56) control n (%)
Gender*	Women	96 (90.6)	49 (98)	47 (83.9)
Age	Mean (SD)	52.79 (13.98)	52.14 (13.22)	53.38 (14.71)
Nationality	Spanish	97 (91.5)	45 (90)	52 (92.9)
Marital status	Single	18 (17.1)	9 (18)	9 (16.4)
	Married/cohabitant	51 (48.6)	25 (50)	26 (47.3)
	Divorced/separated	15 (14.3)	8 (16)	7 (12.7)
	Widow/widowed	21 (20)	8 (16)	13 (23.6)
Educational level	Did not complete primary education	13 (12.5)	6 (12)	7 (13)
	Completed primary education	38 (36.5)	18 (36)	20 (37)
	Secondary education	33 (31.7)	18 (36)	15 (27.8)
	University	20 (19.2)	8 (16)	12 (22.2)
Number of children	0 children	31 (29.2)	12 (24)	19 (33.9)
	1-2 children	51 (48.1)	25 (50)	26 (46.4)
	≥3 children	24 (22.6)	13 (26)	11 (19.6)
Employment status	Self-employed	97 (42.4)	56 (47.1)	41 (37.3)
	Disability or permanent disability	20 (8.7)	9 (7.6)	11 (10)
	Unemployed	32 (14)	18 (15.1)	14 (12.7)
	Works at home	36 (15.7)	19 (16)	17 (15.5)
	Retired	44 (19.2)	17 (14.3)	27 (24.5)
Core coexistence	Alone	22 (21.2)	8 (16)	14 (25.9)
	With children	15 (14.4)	9 (18)	6 (11.1)
	With his/her partner	24 (23.1)	13 (26)	11 (20.4)
	With his/her partner and children	25 (24)	13 (26)	12 (22.2)
	With parents	3 (2.9)	2 (4)	1 (1.9)
	With another family	5 (4.8)	2 (4)	3 (5.6)
	With other people	7 (6.7)	2 (4)	5 (9.3)
Employment economic status	Others	3 (2.9)	1 (2)	2 (3.7)
	Permanent contract	35 (35.7)	18 (37.5)	17 (34)
	Temporary contract	4 (4.1)	2 (4.2)	2 (4)
	Self-employment	6 (6.1)	3 (6.3)	3 (6)
	Working without contract	8 (8.2)	6 (12.5)	2 (4)
	No work, but has a salary	32 (32.7)	13 (27.1)	19 (38)
Stressful event	No work, no salary	13 (13.3)	6 (12.5)	7 (14)
	Yes	57 (57.6)	28 (60.9)	29 (54.7)
Medication: anxiolytics	Yes	40 (37.7)	20 (40)	20 (35.7)
Hypnotics*	Yes	6 (5.7)	0 (0)	6 (10.7)
Alternative treatment	Yes	28 (26.4)	13 (26)	15 (26.8)
Medication: blood pressure	Yes	30 (28.3)	11 (22)	19 (33.9)
BDI	Preintervention	19.58 (5.99)	20.14 (6.32)	19.07 (5.69)

Abbreviations: SD: standard deviation.

\* *P* value significant (*P* = 0.018 and *P* = 0.028, resp.).

at 9 months of follow-up, respectively. In contrast, in the control group this reduction was only 0.80 and 3.40 points posttreatment and at 9 months of follow-up, respectively (Table 3).

By analyzing the intervention and control groups separately, the effect size within the intervention group (SRM) was high over time ( $d' = 0.80$  postintervention and  $d' = 0.75$  at 9 months of follow-up) and the effect size within the control

TABLE 2: Remission of depression in the overall sample.

Sample	Month	Control	Intervention	Difference at each follow-up	P value*
		(n) (n = 56)			
Overall	3	7 (12.5)	20 (40)	27.5 (11.4 to 43.6)	0.001
	6	11 (19.6)	21 (42)	22.4 (5.2 to 39.6)	0.012
	9	15 (26.8)	22 (44)	17.2 (-35.5 to 0.79)	0.064

Abbreviations: CI: coefficient interval.

\*The difference was calculated between the intervention and control groups.

group was small over time ( $d' = 0.16$  postintervention and  $d' = 0.44$  at 9 months of follow-up) (Table 3).

3.5. *Antidepressant Treatment.* Out of the 106 patients included in the study, 16 patients started AD treatment during the study, 7 from the IG and 8 from the CG. If we specify the time when AD treatment was prescribed, we find that 5 people were taking ADs after intervention, IG ( $n = 1$ ) and CG ( $n = 4$ ); at 6 months of follow-up ( $n = 9$ ), IG ( $n = 2$ ), and CG ( $n = 7$ ); and at 9 months of follow-up ( $n = 15$ ), IG ( $n = 7$ ), and CG ( $n = 8$ ). It should be mentioned that out of all the patients who initiated AD treatment during the study, only one patient from the CG initiated AD treatment after intervention and stopped after a month. The remaining patients continued with the prescribed treatment throughout the follow-up.

3.6. *Number of Sessions and BDI.* Regarding the number of sessions attended, an inverse relationship has been observed between the fall in BDI score compared to baseline and the number of sessions attended. Thus, participants who attended more sessions had a greater decrease in their BDI score both at 3 months ( $r = -0.354, P \text{ value} = 0.012$ ) and at 9 months of follow-up ( $r = -0.333, P \text{ value} = 0.018$ ).

#### 4. Discussion

We found a relationship between the psychoeducational group intervention and the remission of depressive symptoms in this sample of patients not taking antidepressants.

More patients from the IG had remission of their depressive symptoms (BDI score  $\leq 11$ ) [26] in the short term (posttreatment) and long term (at 6 and 9 months of follow-up) compared with the control group. The psychoeducational group intervention proved to be effective in the short term, showing a reduction of 5 points in the BDI score and this symptomatic improvement in BDI continued to follow-up at 9 months. In contrast, the control group needed 9 months to achieve a 3-point improvement in BDI. We could say that it is an effective intervention over the short term, although the effect size is moderate (effect size Cohen's  $d' = 0.55$ ).

In this study, we do not analyze what type of population may benefit most from receiving the group intervention, whether participants are with mild (BDI score  $\leq 11$ ) or moderate (BDI score  $\leq 18$ ) depression. Of the 106 participants

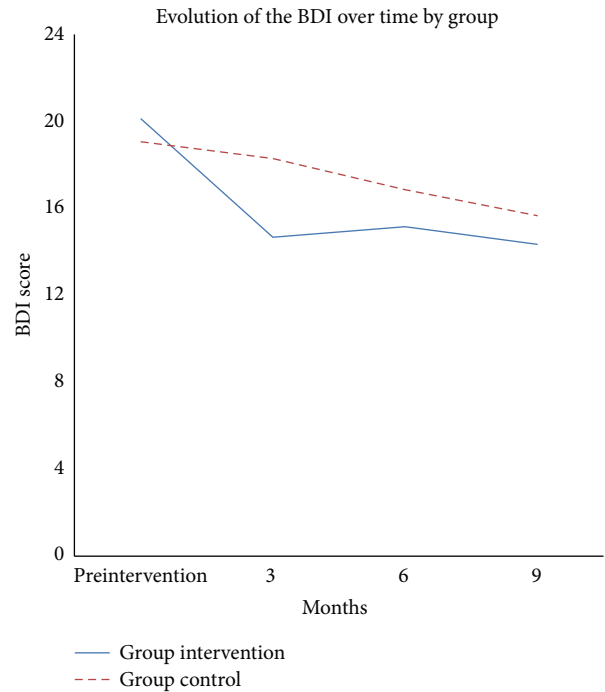


FIGURE 2: Evolution of the BDI score over time by group.

included, 47 had mild and 59 had moderate depression symptoms; therefore, the samples were too small for significant conclusions to be drawn.

Our results show that after 3 months (after intervention or short term), a considerable improvement is achieved in terms of both symptoms and symptom remission. It could be said that the psychoeducational group intervention reduces the duration of depressive episodes after a 3-month period, since the results show that 40% of the patients in the intervention group did not have postintervention depressive symptoms, compared to 12.5% in the control group, and this difference of 27.5% between groups was significant ( $P = 0.001$ ). At 6 months of follow-up, the results remained constant ( $P = 0.012$ ); however, after 9 months, the difference of 17.2% between groups was not significant ( $P = 0.064$ ).

The data were consistent with those found in the study by Allart-van Dam et al. [16], which showed that 52.5% of the intervention group did not present postintervention depressive symptoms (BDI  $< 10$ ) [25] versus 31.7% in the control



TABLE 3: Overall sample. Changes in BDI score within and between the intervention and usual care groups, with missing data replaced using the last value carried forward.

Sample	Months	Usual care group (n = 56)		Intervention group (n = 50)		Difference (95% CI) between groups (intervention group-usual care group)**		
		Mean (SD)	Difference* (95% CI)	SRM#	Mean (SD)	Difference* (95% CI)	SRM#	Difference
	<b>Preintervention</b>	19.07 (5.69)			20.14 (6.32)			
	<b>3 (postintervention)</b>	18.29 (6.53)	0.78 (-0.53 to 2.10)	0.16	14.68 (7.21)	5.46 (3.52 to 7.40)	0.80	-3.61 (-6.25 to -0.95)
Overall	<b>6</b>	16.86 (6.91)	2.21 (0.19 to 4.24)	0.29	15.16 (8.92)	4.98 (2.53 to 7.43)	0.57	-1.70 (-4.75 to 1.36)
	<b>9</b>	15.66 (7.22)	3.41 (1.37 to 5.45)	0.44	14.34 (8.59)	5.80 (3.60 to 8.00)	0.75	-1.32 (-4.36 to 1.72)

Abbreviations: SD: standard deviation and CI: confidence interval.

\* Differences were calculated between the baseline measurement and the follow-up measurement.

Positive differences indicate improvement; negative ones denote some worsening in clinical measures.

# SRM: standardized response mean, calculated as the mean change in score divided by the standard deviation of the change in score.

\$ SES: standardized effect size was computed as the mean difference between the intervention and control groups divided by the standard deviation of the control measurement.

A positive SRM or SES denotes improvement; a negative one denotes some worsening in clinical measures.

\*\* The difference was calculated between the intervention group and the control group.

Negative differences indicate improvement in the intervention group; positive differences denote worsening in the intervention group.

Interpretation effect sizes: values of 0.2-0.5 represent small changes, 0.5-0.8 moderate changes, and >0.8 large changes.

group, with a significant difference of 20.8% ( $P = 0.04$ ) between groups.

When we talk about the remission of symptoms in terms of number needed to treat (NNT), we observed that our NNT of 4 postintervention, 5 at 6 months, and 6 at 9 months of follow-up are supported by those obtained in the study by Dalgard [19] with a smaller sample of patients ( $n = 155$ ), which was 6 at 6 months of follow-up, and the ODIN study [20] ( $n = 452$ ), which was 7 at 6 months, supporting the effectiveness of the intervention. It must be mentioned that in these two studies the patients were taking ADs, but they did not analyze whether the pharmacological treatment could interfere in the results of the intervention.

Our results show a significant improvement in symptoms after intervention ( $P = 0.008$ ;  $d' = 0.55$ ), although the effect size is moderate, but this improvement is not maintained at 9 months of follow-up ( $P = 0.39$ ;  $d' = 0.18$ ). Our results coincide with those found in a review [32] which showed that psychological treatment for minor depression, including psychoeducation, is effective over the short term ( $d' = 0.42$ ) and studies that had already demonstrated the effectiveness of psychoeducation over the short term [16, 22, 23]. With respect to the duration of the therapeutic effect of psychoeducation at 6 and 12 months of follow-up, the results are controversial.

These data also match those found in the study by Allart-Dam et al. [17] ( $n = 104$ ), which showed that the effect of the psychoeducational intervention was maintained after 6 and 12 months, even excluding participants who had taken ADs during the intervention ( $n = 18$ ).

Based on the observation of results, it could also be stated that psychoeducational group intervention delays the prescription of ADs. ADs were prescribed to more patients from the CG during the intervention and at 6 months and 9 months of follow-up as compared to the IG.

If the patients from the IG that received ADs during the study ( $n = 7$ ) are analyzed in more detail, we find that the only patient that received AD treatment after intervention and carried on taking it during the follow-up had only attended 2 group sessions and was only evaluated at baseline, with a BDI score of 27. The rest of the patients to whom an AD had been prescribed during the 9-month follow-up had attended an average of 11 sessions and their BDI score had decreased or was stable during follow-up, being 18.50 (SD = 6.60) at 9 months. None of their BDI scores was higher than 30. In the control group, more patients received postintervention AD treatment ( $n = 4$ ) during the 6- and 9-month follow-up ( $n = 7$  and  $n = 8$ , resp.), and two of them had a BDI score of 32 and 37 at postintervention time.

Good adherence to the psychoeducational therapy was observed, with 42% ( $n = 21$ ) of the participants attending all 12 sessions and 76% ( $n = 38$ ) attending at least 8 sessions. 24% ( $n = 12$ ) of the patients showed poor adherence to treatment, as they only attended between 1 and 3 sessions. Although there are few studies that have evaluated adherence to psychological therapies in patients with depression [33, 34], a meta-analysis aimed at identifying effectiveness predictors in depression preventive programs [35] reached the conclusion that programs of more than 8 sessions with a 60–90 minute

duration offered a large effect size and that the number of sessions is important for the patient to internalize the knowledge, the processes, and the skills learned during the intervention, meaning that fewer than 8 sessions are likely to be insufficient.

However, there are quite a lot of studies that have analyzed adherence to pharmacological treatment. Their conclusion is that there is low adherence to antidepressant treatment in primary care [36–38], most patients do not follow treatment recommendations [37, 38], low concordance is observed between the real practice of primary care physicians and CPG recommendations regarding depression [39], and a systematic review does not recommend antidepressants for the initial treatment of subjects with minor depression [6].

Psychoeducation has proven effective as psychotherapy for depressive symptom management in the primary care setting [16, 17, 19, 20, 22, 23], and it can be carried out by community nurses [19–22]. A systematic review about the effectiveness of psychoeducation for depression [40] suggests that psychoeducation is effective in improving the clinical course, treatment adherence, and psychosocial functioning of depressive patients.

Even though no consensus has been achieved on the definition of psychoeducation, all psychoeducational interventions share a group structure, some homework, and an educational approach [18, 35], even if they use different methods (cognitive-behavioral therapy [41], coping with depression course (CWD) based on cognitive-behavioral techniques [17, 19, 20], or multicomponent interventions [22]).

In general, psychotherapeutic and psychosocial interventions for depression in primary care are aimed at improving compliance with therapy and offering a therapeutic alternative to drugs. Some studies suggest the importance of having effective treatments for depression in primary care [42, 43] or increasing access for patients with depressive symptoms in primary care to psychological therapies that have proven effective in the short run, as they can have more prolonged benefits [44]. Studies show that the community could be a suitable setting in which to send patients for preventive interventions in cases where the person has a high symptom score but does not meet the criteria for major depression [42].

According to the results, this PE intervention is effective in the short term, with high rates of remission in patients with mild and moderate depressive symptoms not treated with AD medication. These results coincide with those found in an earlier study [18] which showed that this psychoeducational intervention was more effective in patients with mild symptoms, since they had a higher symptom remission rate over the short term and long term, but the intervention was not shown to be effective over the long term in patients with moderate symptoms.

Due to the high prevalence of depression in primary care and the increase in spending on antidepressants, it is necessary to implement interventions that have proven to be effective and that could contribute to an improvement in depression management and reduce its high costs.

*Strengths and Limitations of This Study.* Our trial has several strengths: firstly, it is the first study to assess the effectiveness of this psychoeducational group intervention in patients not treated with AD medication. The intervention includes health education about the disorder, healthy behaviors, social skills, and cognitive-behavioral techniques. Secondly, this study is the first multicenter, randomized study that assesses the effectiveness of a psychoeducational intervention in Spain. Thirdly, the sample population was representative of the whole of Barcelona. The participating PCCs were located in various areas throughout Barcelona, with different sociodemographic and economic resources.

Despite the positive findings, potential biases need to be considered when evaluating the study. Some of the limitations of the study could be as follows: firstly, we performed a randomization of patients, but with no double-blind the patients know who belongs to the intervention group and who belongs to the control group, as do the nurses and doctors at the PCC. It was difficult for researchers to remain blinded to group allocation. However, participants completed mood self-rating assessments. Therefore, that lack of blindness should not have affected our primary outcome to a great extent.

Secondly, the sample size is small, containing only 106 patients. Thirdly, the study employed only one outcome measure, BDI, as we wanted the study to be as close as possible to the usual practice at primary care centers. It is a naturalistic study. Thirdly, the remission of depression was assessed by a screening questionnaire (BDI) rather than a diagnostic interview. Fourth, the overall dropout rate was 24.52%. Dropouts from the experimental group did not differ statistically from those in the control group at follow-up assessment. The overall dropout rate was 23% of the initial study [18]. Further studies are required to confirm these results.

## 5. Conclusions

Our results show that this psychoeducational group intervention could be an effective treatment in the population with mild/moderate depressive symptoms not treated with antidepressant medication in primary care over the short term. Before taking an AD, psychoeducational intervention should be considered.

## Abbreviations

AD: Antidepressant  
 CI: Confidence interval  
 $d'$ : Cohen's effect size  
 IG: Intervention group  
 CG: Control group  
 ITT: Intention-to-treat  
 NNT: Numbers needed to be treated  
 PC: Primary care  
 PCCs: Primary care centers  
 PE: Psychoeducation  
 SES: Standardized effect size  
 SRM: Standardized response mean.

## Ethical Approval

Ethical approval was granted by the Jordi Gol i Gurina Foundation. Informed consent was obtained from all participants prior to their involvement in the study.

## Conflict of Interests

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

## Authors' Contribution

R. Casañas designed the study, participated in the analysis and interpretation of the data, wrote the paper, and gave final approval of the version to be published. R. Catalán was involved in drafting and revising the paper and participated in interpreting the data. R. Penadés participated in the analysis and interpretation of the data. J. Real performed the statistical analysis and participated in the revision of the paper. MA. Muñoz critically reviewed the paper. S. Valero critically reviewed the paper. LL. Lalucat-Jo was involved in drafting and revising the paper. M. Casas participated in the study design and revision of the paper. All the authors contributed to the paper and approved the final paper.

## Acknowledgments

This study was funded by the Spanish "Fondo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias," Spanish Ministry of Health: registration number PI07/90712. The authors want to express their gratitude to the research group composed of Jordi Armengol, M<sup>a</sup> Antonia Campo, Empar Escudero, Inés Ángeles Falder, Eva M<sup>a</sup> Fernandez, Elena Puigdevall, Antonia Raya, and Teresa Romero who participated in the design of the psychoeducational group program and coordinated the research study in the different participating PCCs. They thank Josep Manel Picas, Elena Puigdevall, Josep Davins, Marc Marí, and Jose Luis del Val for their collaboration and support in this project and a Teresa Rodriguez-Blanco (Statistician, IDIAP Jordi Gol) for her help with the statistical analysis. They also want to express their gratitude to the 24 nurses who led the psychoeducational groups and participated in the collection of data: Isabel Montull and Teresa Cervelló ((EAP) Sant Andreu 9G); M. Mercè Valls (EAP Raval Nord); Josep Agudo and Cristina Murillo (EAP La Mina); Mercè Carbonell, Núria Rosell, and Carmen Donlo (EAP Sagrera 9A); M. Rosina Crespo and M. Carme Grané (EAP Sant Elies 5B); Pilar Tarragó and Vicenta Estrada (EAP Rio de Janeiro 8D); Elisabet Ferré and Cristina Menéndez (EAP Congrés 9C); M. Magdalena Gámez and Carmen Sardà (EAP Pare Claret 6A); Eva Sadurní and Trini González (EAP Horta 7F); M. Lourdes Lasaosa and Fani Rodrigo (EAP Passeig Sant Joan 2H); Teresa Muñoz (EAP Montnegre 4A); and M. José Ochoa and Núria Ortiz (EAP Turó-Vilapicina 8A-8C), and they also thank the 13 primary care centers that participated in the research.

## References

- [1] H.-U. Wittchen, F. Holsboer, and F. Jacobi, "Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem," *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, supplement 26, pp. 23–28, 2001.
- [2] J. M. Haro, C. Palacin, G. Vilagut et al., "Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España," *Medicina Clínica*, vol. 126, no. 12, pp. 445–451, 2006.
- [3] M. King, I. Nazareth, G. Levy et al., "Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe," *The British Journal of Psychiatry*, vol. 192, no. 5, pp. 362–367, 2008.
- [4] P. Rucci, S. Gherardi, M. Tansella et al., "Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics," *Journal of Affective Disorders*, vol. 76, no. 1–3, pp. 171–181, 2003.
- [5] J. L. Veerman, C. Dowrick, J. L. Ayuso-Mateos, G. Dunn, and J. J. Barendregt, "Population prevalence of depression and mean Beck depression inventory score," *British Journal of Psychiatry*, vol. 195, no. 6, pp. 516–519, 2009.
- [6] C. Barbui, A. Cipriani, V. Patel, J. L. Ayuso-Mateos, and M. van Ommeren, "Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis," *The British Journal of Psychiatry*, vol. 198, no. 1, pp. 11–16, 2011.
- [7] P. Cuijpers and F. Smit, "Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies," *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 109, no. 5, pp. 325–331, 2004.
- [8] C. de las Cuevas and E. Sanz, "Do therapeutic indications of antidepressants change from one year to another?" *Pharmacoeconomics and Drug Safety*, vol. 13, no. 5, pp. 309–314, 2004.
- [9] The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, *The Treatment and Management of Depression in Adults*, updated edition, National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), 2009.
- [10] 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)," Guías de Práctica Clínica en el SNS avaliat No 2006/06, 2006.
- [11] Preventive Services Task Force, "Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement," *Annals of Internal Medicine*, vol. 151, no. 11, pp. 784–792, 2009.
- [12] P. Cuijpers, G. Andersson, T. Donker, and A. van Straten, "Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses," *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 65, no. 6, pp. 354–364, 2011.
- [13] P. Cuijpers, R. F. Muñoz, G. N. Clarke, and P. M. Lewinsohn, "Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "coping with depression" course thirty years later," *Clinical Psychology Review*, vol. 29, no. 5, pp. 449–458, 2009.
- [14] G. R. W. M. Willemse, F. Smit, P. Cuijpers, and B. G. Tiemens, "Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care: randomised trial," *British Journal of Psychiatry*, vol. 185, pp. 416–421, 2004.
- [15] R. F. Muñoz, Y.-W. Ying, G. Bernal et al., "Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial," *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, no. 2, pp. 199–222, 1995.
- [16] E. Allart-van Dam, C. M. H. Hosman, C. A. L. Hoogduin, and C. P. D. R. Schaap, "The coping with depression course: short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression," *Behavior Therapy*, vol. 34, no. 3, pp. 381–396, 2003.
- [17] E. Allart-van Dam, C. M. H. Hosman, C. A. L. Hoogduin, and C. P. D. R. Schaap, "Prevention of depression in subclinically depressed adults: follow-up effects on the "coping with depression" course," *Journal of Affective Disorders*, vol. 97, no. 1–3, pp. 219–228, 2007.
- [18] R. Casañas, R. Catalán, J. L. del Val, J. Real, S. Valero, and M. Casas, "Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial," *BMC Psychiatry*, vol. 12, no. 1, article 230, 2012.
- [19] O. S. Dalgard, "A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540)," *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, vol. 2, article 15, 2006.
- [20] C. Dowrick, G. Wilkinson, G. Birkbeck et al., "Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multi-centre randomised controlled trial," *British Medical Journal*, vol. 321, no. 7274, pp. 1450–1454, 2000.
- [21] R. Peveler, C. George, A.-L. Kinmonth, M. Campbell, and C. Thompson, "Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial," *The British Medical Journal*, vol. 319, no. 7210, pp. 612–615, 1999.
- [22] R. Araya, G. Rojas, R. Fritsch et al., "Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial," *The Lancet*, vol. 361, no. 9362, pp. 995–1000, 2003.
- [23] J. S. L. Brown, S. A. Elliott, J. Boardman, J. Ferns, and J. Morrison, "Meeting the unmet need for depression services with psycho-educational self-confidence workshops: preliminary report," *The British Journal of Psychiatry*, vol. 185, pp. 511–515, 2004.
- [24] World Health Organization (WHO), *International Classification of Diseases*, 10th revision (ICD-10), 1991.
- [25] A. T. Beck, R. A. Steer, and M. G. Carbin, "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation," *Clinical Psychology Review*, vol. 8, no. 1, pp. 77–100, 1988.
- [26] M. Riedel, H.-J. Möller, M. Obermeier et al., "Response and remission criteria in major depression—a validation of current practice," *Journal of Psychiatric Research*, vol. 44, no. 15, pp. 1063–1068, 2010.
- [27] "Grupo de trabajo del Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en atención primaria," PI07/90712, Institut Català de la Salut, Àmbit de Atenció Primària de Barcelona Ciutat, Barcelona, Spain, 2009.
- [28] L. M. Bellini, M. Baime, and J. A. Shea, "Variation of mood and empathy during internship," *Journal of the American Medical Association*, vol. 287, no. 23, pp. 3143–3146, 2002.
- [29] L. E. Kazis, J. J. Anderson, and R. F. Meenan, "Effect sizes for interpreting changes in health status," *Medical Care*, vol. 27, no. 3, pp. S178–S189, 1989.

- [30] J. Cohen, *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, Academic Press, New York, NY, USA, 1977.
- [31] IBM SPSS Statistics v.18 Inc, 1989–2010.
- [32] P. Cuijpers, F. Smit, and A. Van Straten, “Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review,” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 115, no. 6, pp. 434–441, 2007.
- [33] F. Acosta, L. Rodriguez, and B. Cabrera, “Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia,” *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. 6, no. 2, pp. 86–92, 2013.
- [34] J. L. Ayuso-Mateos, A. Pereda, G. Dunn et al., “Predictors of compliance with psychological interventions offered in the community,” *Psychological Medicine*, vol. 37, no. 5, pp. 717–725, 2007.
- [35] E. Jané-Llopis, C. Hosman, R. Jenkins, and P. Anderson, “Predictors of efficacy in depression prevention programmes,” *British Journal of Psychiatry*, vol. 183, pp. 384–397, 2003.
- [36] R. Lingam and J. Scott, “Treatment non-adherence in affective disorders,” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 105, no. 3, pp. 164–172, 2002.
- [37] E. H. Lin, M. von Korff, W. Katon et al., “The role of the primary care physician in patients’ adherence to antidepressant therapy,” *Medical Care*, vol. 33, no. 1, pp. 67–74, 1995.
- [38] J. C. Maddox, M. Levi, and C. Thompson, “The compliance with antidepressants in general practice,” *Journal of Psychopharmacology*, vol. 8, no. 1, pp. 48–53, 1994.
- [39] A. Pinto-Meza, A. Fernandez, A. Serrano-Blanco, and J. M. Haro, “Adequacy of antidepressant treatment in Spanish primary care: a naturalistic six-month follow-up study,” *Psychiatric Services*, vol. 59, no. 1, pp. 78–83, 2008.
- [40] M. F. Tursi, C. V. Baes, F. R. Camacho, S. M. Tofoli, and M. F. Juruena, “Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review,” *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 47, no. 11, pp. 1019–1031, 2013.
- [41] J. I. Bright, K. D. Baker, and R. A. Neimeyer, “Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, no. 4, pp. 491–501, 1999.
- [42] H.-N. Le and R. C. Boyd, “Prevention of major depression: early detection and early intervention in the general population,” *Clinical Neuropsychiatry*, vol. 3, no. 1, pp. 6–22, 2006.
- [43] J. C. Coyne, R. Thompson, M. S. Klinkman, and D. E. Nease Jr., “Emotional disorders in primary care,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, no. 3, pp. 798–809, 2002.
- [44] C. D. Sherbourne, K. B. Wells, N. Duan et al., “Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care,” *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, no. 7, pp. 696–703, 2001.



**c) Artículo 3:** Quality of life Improvement after a Psychoeducational Group Program in Patients with Major Depression in Primary Care: a Randomized Clinical Trial.

**Cita Bibliográfica:**

Casañas R, Catalán R, Fernández MI, Real J, Raya A, Valero S, Casas M, Alonso J.  
Quality of life Improvement after a Psychoeducational Group Program in Patients with Major Depression in Primary Care: a Randomized Clinical Trial (pendiente publicación)

**RESUMEN**

**Introducción:** Se ha demostrado la efectividad de la psicoeducación grupal en la reducción de los síntomas en las personas con Depresión en Atención Primaria (AP), pero no hay suficiente conocimiento sobre el impacto de esta intervención en la calidad relacionada con la salud de la vida (CVRS). El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un programa psicoeducativo grupal (PE) en la CVRS en pacientes con Depresión Mayor en AP.

**Metodología:** En un ensayo controlado aleatorizado abierto paralelo, se incluyeron 224 participantes, 115 recibió el programa PE (12 sesiones; semanales; de 90m/sesión), y 109 del grupo control que recibió la atención habitual. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y a los 3 y 9 meses. La medida de resultado principal fue el EQ-5D. Se utilizó el Beck Depression Inventory (BDI) para evaluar la gravedad de los síntomas de depresión. La diferencia de medias entre grupos se valoró mediante la Respuesta Media Estandarizado (RME).

**Resultados:** Un total de 224 pacientes con información completa sobre su calidad de vida eran incluidos en el análisis. Se encontraron diferencias significativas y moderadas entre grupos para el índice EQ-5D a los 3 meses de seguimiento para toda la muestra ( $p = 0.024$ ; Cohen  $d' = 0.42$ ) y para los pacientes moderadamente graves ( $p = 0.045$ ;  $d' = 0.47$ ). También se encontraron diferencias significativas y moderadas en EQ-5D VAS a los 3 meses (toda la muestra,  $p = 0.013$ ;  $d' = 0.48$ ; pacientes moderados,  $p = 0.016$ ;  $d' = 0.57$ ). No hubo diferencias entre grupos a los 9 meses.

**Conclusiones:** El programa psicoeducativo se asocia con mejoras significativas en las puntuaciones del Índice y VAS del EQ-5D en pacientes con síntomas depresivos a corto plazo, especialmente en pacientes con síntomas moderados.





**Title:** Quality of life Improvement after a Psychoeducational Group Program in Patients with Major Depression in Primary Care: a Randomized Clinical Trial.

**Authors:** Rocío Casañas <sup>1, 2, 3</sup>; Rosa Catalán <sup>4, 5, 6, 7</sup>; Jordi Real <sup>3</sup>; Maria Isabel Fernández <sup>3</sup>; Antonia Raya <sup>8</sup>; Sergi Valero <sup>7, 9</sup>; Miquel Casas <sup>7, 9</sup>; Jordi Alonso <sup>10,11,12</sup>

**Affiliations:**

<sup>1</sup>Research Department Centre Higiene Mental (CHM) Les Corts, Barcelona, Spain.

<sup>2</sup>Psychiatry and Legal Medicine Department, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain.

<sup>3</sup>Primary Healthcare University research Institute IDIAP-Jordi Gol, Barcelona, Spain. Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona, Spain.

<sup>4</sup>Clinical Institute of Neurosciences (ICN), Hospital Clinic, Barcelona, Spain.

<sup>5</sup>Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

<sup>6</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain

<sup>7</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, Spain.

<sup>8</sup>Primary Health Center Raval Nord, Barcelona, Spain. Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona, Spain.

<sup>9</sup>Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), Spain.

<sup>10</sup> Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM):

<sup>11</sup>CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP);

<sup>12</sup> Dept. Life and Experimental Sciences (DCEXS) Pompeu Fabra University (UPF).

**Author's contact information:**

Rocío Casañas Sánchez

Contact Address: C/ Numancia, 103-105, Bajos. 08029 Barcelona, Spain

Phone number: (+34) 93 419 86 11; Fax number: (+34) 93 444 25 51;

e.mail: [rocio.casanas@chmcorts.com](mailto:rocio.casanas@chmcorts.com)

## **Abstract**

**Purpose:** Effectiveness of group psychoeducation in reducing symptoms in people with depression in Primary Care (PC) is already established, but knowledge about the impact of this intervention in the health-related quality of life (HRQoL) is far from complete. The aim of this study is to assess the impact of a group psychoeducational (PE) program in HRQoL in patients with major depression in PC.

**Methods:** In an open, parallel randomized controlled trial, 224 participants were included, 115 from the PE program (12 weekly 1.5 hours sessions), and 109 from the control group that received usual care. Patients were assessed at baseline and at 3 and 9 months. The main outcome measure was the EQ-5D. The Beck Depression Inventory (BDI) was used to assess depression symptoms severity. Mean differences across trial arms were assessed using Standardized Mean Response (SRM).

**Results:** A total of 224 patients with complete baseline quality of life information were included in the analyses. Significant and moderate differences between trial arms were found for the EQ-5D Index at 3 months follow-up for all sample ( $p=0.024$ ; Cohen's  $d'=0.42$ ) and for the moderately severe patients ( $p=0.045$ ;  $d'=0.47$ ). Also significant and moderate differences in EQ-5D VAS were found at 3 months (all sample,  $p=0.013$ ;  $d'=0.48$ ; moderate patients,  $p=0.016$ ;  $d'=0.57$ ). There were no differences among arm groups at 9 months.

**Conclusions:** The psychoeducational program is associated with significant improvements in EQ-5D index and VAS scores in patients with depression symptoms at short term, especially in patients with moderate symptoms.

**Keys Words:** depression, education, primary health care, quality of life, nurses.

## **Introduction**

Depression is a major public health problem due to its high prevalence. It has been associated with greater morbidity, mortality and healthcare utilisation and increased healthcare costs (Benton et al. 2007; Katon 2003; Salvador-Carulla et al. 2011; Whalbeck and Mäkinen 2008). In Europe, major depression is the most prevalent mental disorder, with a lifetime prevalence of 12.8% and a 12-month prevalence of 3.9% (Alonso et al. 2004).

Depression's impact on patients' well-being and HRQoL has been shown to be equal to or greater than its impact on several other major chronic medical conditions such as diabetes, arthritis, and heart disease (Barbui et al. 2011; Rapaport and Judd 1998; Wells et al. 1989; Whiteford et al. 2013; Sprangers et al. 2000; Wells et al. 1999). Studies have shown that patients with depression had poorer social functioning, emotional role functioning, physical functioning and emotional well-being; more fatigue; high levels of pain or discomfort; some problems performing their usual activities; and poor perception of their health compared to the general population (Barbui et al. 2011; Rapaport and Judd 1998; Wells et al. 1989; Sobocki et al. 2007; Sapin et al. 2004). The impact of depressive symptoms on HRQoL has also been demonstrated in community populations (Nuevo et al. 2010); it has been shown that patients without depressive symptoms had a better quality of life and better daily functioning compared to patients with mild or severe depressive symptoms. According to a study by Nuevo et al. (2010), level of depression, being widowed, presence of disability, being older, and being a woman are all related to a decrease in HRQoL.

A study by Chisholm et al. (2004) showed that primary care interventions could reduce the current burden of depression by 10%-30%, and brief psychotherapies in particular could prevent 9%-15% of the current burden of depression. Group psychoeducation (PE) therapy has been demonstrated to be an effective therapy for the treatment of depression in adults (British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists 2009; Cuijpers et al. 2011), as it reduces depressive symptoms and can prevent depression in primary care patients (Cuijpers et al. 2009; Willemse et al. 2004). It has also been shown to reduce depressive symptoms in mild and moderate depression in both the short and long term (Allart-van Dam et al. 2003; 2007; Dalgard 2006).

The EuroQol-5 dimensions (EQ-5D) has been used to describe the health status of patients with depression in primary care (Sapin et al. 2004) and bipolar disorder with depression (Hayhursts et al. 2006) and to assess the impact of antidepressant treatments on these patients' HRQoL (Sobocki et al. 2007; Sapin et al. 2004; Peveler et al. 2005; Rubio-Valera et al. 2009). However, to our knowledge, the EQ-5D has not yet been used to assess the impact of PE programmes on

patients with depression in primary care. Several authors recommend the EQ-5D as the preferred measure of HRQoL in adults for use in cost–utility analyses and in a primary care setting (British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2009; Herdman et al. 2001).

The majority of studies that have evaluated the effectiveness of PE interventions were based only on remission or improvement of depressive symptoms, and did not take HRQoL thoroughly into account (Cuijpers et al. 2009; Allart-van Dam et al. 2003; 2007; Dalgard 2006; Brown and Lewinsohn 1984; Bright et al. 1999). Of the four studies that did assess HRQoL (Willemse et al. 2004; Araya et al. 2003; Dowrick et al. 2000; Swan et al. 2004), only one used the EQ-5D instrument (Swan et al. 2004), while the other three used the SF-36 or RAND-36 (Willemse et al. 2004, Araya et al. 2003; Dowrick et al. 2000). A study by Swan et al. (2004) showed significant improvements in the EQ-5D index at 12 weeks of follow-up, but did not provide information about the five dimensions of the EQ-5D instrument. Two studies (Araya et al. 2003; Dowrick et al. 2000) used only limited aspects of the SF-36 health survey. According to the authors, they did so because these are more responsive to changes in depression. A study by Araya et al. (2003) used four scales of the SF-36 (mental health, emotional role, social functioning and vitality), and a study by Dowrick et al. (2000) used only two scales (mental health and social functioning). The results of both studies showed statistically significant improvements at six months of follow-up in the scales of the SF-36 that they used. Another study (Willemse et al. 2004) used the eight scales of the SF-36 but not the summary scores. The results showed significant effects on two scales of the RAND-36 (physical functioning and mental health) but no significant impact on the other six scales (social functioning, role limitations due to physical health problems, role limitations due to personal or emotional problems, energy/fatigue, bodily pain and general health perceptions) at 12 months of follow-up. Therefore, information about the impact of PE programmes on important dimensions affected by depressive symptoms, such as personal care and usual activities, is incomplete. In addition, a single-index evaluation is an important complement to current knowledge.

We conducted an open-label, parallel-group, randomised controlled trial (Casañas et al. 2012) to assess the effectiveness of a PE programme versus usual care in a sample of primary care patients in Spain. The primary outcome of the trial was remission and improvement of depressive symptoms based on the BDI. The primary outcome results showed that the PE intervention was more effective in patients with mild symptoms, since they had a higher rate of symptom remission over the short term and the long term. The data did not demonstrate that the intervention was effective over the long term in patients with moderate symptoms. A study by

Casañas et al. (2012) provides data for one part of the EQ-5D instrument, but does not go into detail about all HRQoL-related aspects.

In this article, we present results focused on HRQoL, a secondary outcome of the trial. The main objective was to assess the impact of a PE programme on HRQoL as measured by EQ-5D in patients with major depression (mild or moderate) in primary care. A secondary objective was to analyse whether HRQoL improvement depends on the initial severity of depression (e.g., mild vs moderate symptoms).

## **Materials and methods**

### ***Study design***

This was an open-label, parallel-group, randomised controlled trial to assess the effectiveness of a group psychoeducation (PE) programme versus usual care in a sample of primary care patients. Participating patients were recruited by general practitioners (GPs) and nurses at 12 primary healthcare centres (PHCs) in Barcelona, Spain, between December 2008 and March 2009. The participants were randomly assigned to one of two arms by means of a computer-generated random assignment list. A more detailed description of the methodology has been previously reported (Casañas et al. 2012).

### ***Patients***

A total of 231 participants were enrolled in the study (Casañas et al. 2012) and randomly assigned to the intervention group (IG) (n = 119) or the control group (CG) (n = 112). The subgroup of patients who did not properly fill in the two parts of EQ-5D (the EQ-5D descriptive system and the EQ visual analogue scale (VAS)) at baseline in the study (n = 7) were removed from this patient sample.

The inclusion criteria were: a) patients enrolled in the study (Casañas et al. 2012) who had properly filled in the two parts of the EQ-5D at baseline; b) male and female patients over 20 years of age; c) patients diagnosed with a major depressive disorder according to the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10) (World Health Organization 1991); d) patients with mild to moderate symptoms according to the Beck Depression Inventory (BDI  $\geq 10$  and  $< 30$ ); and e) patients who provided a signed informed consent form.

The exclusion criteria were: a) patients who had not properly filled in the two parts of EQ-5D (the EQ-5D descriptive system and the EQ visual analogue scale (VAS)) at baseline in the study. Concurrent treatment with antidepressant (AD) medication was not an exclusion

criterion, but patients taking antidepressant medication could not have changed their treatment during the previous month.

Ethical approval was granted by the Jordi Gol i Gurina Foundation. Informed consent was obtained from all participants prior to their involvement in the study.

### ***Psychoeducation intervention and control groups***

The intervention consisted of 12 weekly 90-minute sessions led by two nurses. Each group consisted of eight to 12 participants. The 12 sessions provided: 1) health education about the illness: symptoms, diet, sleep and pharmacological treatment; 2) breathing techniques; 3) behavioural activation, problem solving and cognitive-behavioural approach; 4) self-esteem, self-image and assertiveness; and 5) health education about physical exercise, leisure activities and social skills (Casañas et al. 2009). To enhance the patients' active role, each session was accompanied with homework for the patients.

The patients in the control group received usual care (visits with the GP and nurses). No schedule of visits was established; the patients could go to the PHC when they needed to. The GPs and nurses cared for depressed patients according to their own criteria.

### ***Outcome measures***

#### *EQ-5D-3L questionnaire*

EQ-5D consists of two parts: the EQ-5D descriptive system and the EQ visual analogue scale (EQ VAS). The EQ-5D descriptive system assesses five dimensions of health: mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression. Each dimension has three responses categories that represent three levels of severity ('no problems', 'some problems' and 'severe problems'). The respondent must indicate his or her state of health in each of the five dimensions by choosing one of the three levels. EQ-5D provides a descriptive profile and a single-index value for health status. The EQ-5D profile provides information about the proportion of reported problems for each level for each dimension. The EQ-5D index is based on the combination of answers for the five dimensions and ranges from 1 (best health) to 0 (death), although negative values (i.e., worse than death) are possible (Herdman et al. 2001; EuroQol Group 1990; Badia et al. 1999). Utility scores for these states of health were assigned using the readily available Spanish population rates (Badia 1999).

The EQ VAS gathers information about the respondent's self-rated health on a vertical visual analogue scale, ranging from 0 to 100, where the 100 represents the 'best imaginable health state' and the 0 represents the 'worst imaginable health state'.

### *Beck Depression Inventory*

The Beck Depression Inventory is a brief scale of 21 items that assesses the severity of depressive symptoms during the previous week. The score ranges from 0 to 63 points. The generally accepted cut-off points for classifying intensity/severity are as follows: no depression: 0-9 points, mild depression: 10-18 points, moderate depression: 19-29 points and severe depression: 30 points (Beck et al. 1988; Richter et al. 1998; Vázquez and Sanz 1998).

Outcome variables were assessed four times: at enrolment in the study (baseline), after three months (post-treatment) and six and nine months after enrolment (first and second follow-up, respectively).

### *Statistical analysis*

For the comparison of differences in variables between groups, Student's *t* test was used for continuous variables and the chi-squared test was used for categorical variables.

To evaluate the evolution of EQ-5D at 3, 6 and 9 months between groups (intervention and control), the change from baseline values was calculated and significant differences between groups were determined using the Student's *t* test for independent samples (Analogous test from interaction two repeated measures analysis: ANOVA). Absolute effect was estimated using the difference means between groups for the observed changes and the 95% confidence interval (95%CI) for normal approximation. The adjusted effect also was estimated according severity of depressive symptoms and antidepressant medication using two-way ANOVA at each time. The continuous variables fulfilled the assumptions for the parametric test used. Stratified analysis by severity of depressive symptoms (mild or moderate symptoms) was performed.

The standardized mean response (SMR) was used to measure the effect size within group comparisons. The SMR was calculated as the mean change divided by the standard deviation (SD) of the change. Cohen's *d* allowed effect size to be classified as small (0.2 to 0.5), medium (0.5 to 0.8) or large (0.8 or greater); these criteria can also be applied to the SMR (Cohen 1998; Terwee et al. 2003).

All analyses were carried out using the SPSS statistical packages v. 18 (SPSS Corp). The level of significance was set at  $p=0.05$ .

## **Results**

### ***Participation, compliance and attrition***

Figure 1 shows the flow of participants. Of the 246 patients assessed in the trial, 15 were excluded (12 did not meet the inclusion criteria and 3 declined to participate). Of the 231 patients randomised (119 received PE intervention and 112 received usual treatment), seven did not complete EQ-5D at baseline. Therefore, 224 patients were included in this study, 115 belonged to the intervention group (IG) and 109 belonged to the control group (CG).

At three months (post-treatment), 88 patients from the IG and 70 patients from the CG properly filled in EQ-5D, and a total of 158 patients were included in the analysis. Therefore, the overall drop-out rate was 29.5%. The drop-out rate was 23.5% (n = 27) in the intervention group and 35.7% (n = 39) in the control group. Of the 66 patients who dropped out, 61 did not respond to the BDI and EQ-5D at three months, and five completed the BDI but did not properly respond to EQ-5D (IG = 1 and CG = 4). The reason was that patients completed the BDI first and the EQ-5D questionnaire after that, and sometimes patients forgot to properly fill in or deliver the latter.

The reasons for dropping out were: being unreachable by telephone and failing to attend the interview with the nurse (n = 42), not being interested in the study (n = 1), changing address (n = 3), being referred to a secondary mental health service (n = 2), not having properly filled in EQ-5D at three months (n = 5) and other unspecified reasons (n = 13).

The difference in drop-outs between the intervention group and the control group were not statistically significant ( $p = 0.252$ ). No significant differences were found between groups in terms of those who completed EQ-5D and those who did not complete EQ-5D after three, six and nine months of follow-up and were considered lost.

### **[Insert Figure 1]**

Those assigned to the psychoeducation group received a mean of 10.36 (SD 2.28; range 1-12) sessions. Adherence to the psychoeducation intervention was reasonably good, with 81 patients (92%) attending eight or more sessions. The numbers of sessions attended by the intervention group were: 12 sessions (n = 36); 11 sessions (n = 15); 10 sessions (n = 21); 9 sessions (n = 5); 8 sessions (n = 4) and < 8 sessions (n = 7).

### ***Subject characteristics***

The treatment groups were similar at baseline in terms of demographic and clinical



characteristics. Table 1 shows the baseline characteristics of the intervention group and the control group. The average age of the participants was 53 years, and 90% were females. More than 50% were married, 38% had completed primary studies, 42% reported being self-employed and 63% reported having experienced a stressful event in the previous month (e.g. divorce or separation, family or economic problems, loss of work, etc.).

**[Insert Table 1]**

### ***EQ-5D domains***

Table 2 shows the percentages in each subgroup (intervention and control) with no problems, some problems or severe problems in each dimension of the EQ-5D (mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression). The self-care dimension was the one in which most patients reported 'no problems' (more than 80% at baseline and during follow-up), although there were statistically significant differences between groups at baseline ( $p = 0.049$ ). In the mobility dimension, the majority of patients reported 'no problems' with none reporting 'severe problems' at any assessment. On the other hand, depression had an impact on the usual activities dimension, and particularly affected the pain/discomfort and anxiety/depression dimensions, as more patients reported having 'severe problems' and 'some problems'.

No statistically significant differences were found between groups in follow-up at three, six and nine months in any of the dimensions.

**[Insert Table 2]**

### ***EQ-5D index***

Table 3 shows the changes in the EQ-5D index within and between the intervention group and the control group. Significant differences between groups were found at three months of follow-up in the overall sample and in the group of patients with moderate symptoms.

The baseline EQ-5D index score was 0.57 for the intervention group and 0.60 in the control group. After three months, the participants improved their scores rose to 0.68 for and 0.62, respectively. The difference between treatments (psychoeducation intervention minus control) at three months was estimated to be 0.099, which was significant ( $p = 0.02$ ) and small to moderate in size ( $d = 0.42$ ). The results at six and nine months were not significant.

As we were interested analysing whether HRQoL improvement depends on the initial severity of depression, the participants were classified according to whether their initial clinical depressive symptoms were mild (pre-test BDI score  $\leq 18$ ) or moderate (pre-test BDI score  $\geq 19$ ), based on standard cut-off scores for the BDI (Beck et al. 1988). For patients with mild depression, the baseline EQ-5D index was 0.72 for the intervention group and 0.70 for the control group. The difference between treatments at three, six and nine months was not statistically significant ( $p = 0.28, 0.72$  and  $0.19$ , respectively).

In patients with moderate depression, at baseline the EQ-5D index was 0.51 for the intervention group and 0.52 for the control group, and at three months of follow-up it was 0.63 and 0.51, respectively. The difference between treatments at three months was estimated to be 0.131, which was statistically significant and moderate in size ( $p = 0.045$ ;  $d = 0.47$ ). The results at six and nine months were not significant. Although in this sample we analysed the intervention and control group separately, the post-intervention results show that the intervention group had a statistically significant improvement in the EQ-5D index of 0.139 ( $p = 0.001$ ), while the control group had an improvement of 0.008, which was not significant ( $p = 0.85$ ).

**[Insert Table 3]**

#### ***EQ-5D visual analogue scale (VAS)***

Table 4 shows the changes in the EQ-5D VAS within and between the intervention and control groups. Significant improvements were found in the EQ-5D VAS after of three months for the overall sample and for the group of patients with moderate symptoms. The baseline EQ-5D VAS score was 50.26 for the intervention group and 52.52 for the control group. After three months, the participants improved their scores to 60.50 and 55.44, respectively. The difference between treatments at three months was estimated to be 7.46, which was significant ( $p = 0.013$ ) and moderate in size ( $d = 0.48$ ). At six and nine months of follow-up, this improvement was not statistically significant ( $p = 0.20$  and  $p = 0.28$ ).

Stratified analyses showed improvements in patients with mild depression after the intervention and at six and nine months of follow-up, but these were not statistically significant. In the patients with moderate depression, the improvement between treatments at three months was estimated to be 9.71 points, which was significant ( $p = 0.016$ ;  $d = 0.57$ ), but after six and nine months the improvement decreased to 3 points and it was not statistically significant ( $p = 0.548$ ). Although in this sample we analysed the intervention and control group separately, the post-intervention results show that the intervention group had a statistically significant improvement of 12.43 points ( $p < 0.001$ ). However, the control group had an improvement of

only 2.72 points ( $p = 0.34$ ), which was not significant. The interaction group by severity of depression (BDI) over HRQoL (EQ-5D) was not statistically significant ( $p = 0.45$ ).

**[Insert Table 4]**

Figure 2 shows the evolution of EQ-5D Index and VAS at 3, 6 and 9 months between groups (intervention versus control).

**[Insert Figure 2]**

### **Discussion**

Our results show a relationship between a psychoeducational (PE) group intervention and improved HRQoL, as measured by the EQ-5D, in patients with major depression (mild to moderate depressive symptoms) treated in primary care. More patients from the intervention group improved their HRQoL in the short term compared to the control group. The group undergoing PE experienced a moderate improvement in the EQ-5D index of 0.13 points ( $d = 0.45$ ) and in the EQ-5D VAS of 11 points ( $d = 0.57$ ). This improvement was maintained at nine months of follow-up. By contrast, the control group needed nine months to improve by 0.11 points in the EQ-5D index and six points in the EQ-5D VAS.

We also found that patients in the PE group with moderate symptoms ( $BDI \geq 19$  scores) achieved statistically significant improvement in their EQ-5D index and VAS in the short term, with a moderate effect size ( $d = 0.57$ ). Nevertheless, the PE intervention was not shown to be more effective than usual care in patients with mild symptoms ( $BDI \leq 18$ ) in both the short term and the long term.

It has been suggested that differences in the EQ-5D index greater than 0.07 are clinically important, since this is considered to be the minimal clinically important difference (MCID) for the health-utility measures of the EQ-5D (Pickard et al. 2007). Our results show a difference between intervals of 0.099 in the EQ-5D index after three months, although this MCID is not maintained after nine months. In the intervention group, we found clinically important differences of 0.129 and 0.093, respectively; in the control group the only difference was 0.089 at nine months. In the EQ-5D VAS, a difference of 7 points can be considered a MCID. In this case, the results are similar to those obtained in the EQ-5D index, except for the control group, which did not achieve a MCID at any time during the follow-up.

We observed that the PE group intervention had an impact on depression, since the group intervention achieved differences in the EQ-5D index and VAS considered to be a MCID, both in the overall sample and in patients with mild or moderate symptoms.

Our results are consistent with previous literature describing improvement associated to group PE programmes in the dimensions of anxiety/depression (mental health) and mobility and usual activities (physical and social functioning). We further showed that the pain/discomfort and self-care dimensions can improve something it had not assessed previously.

The study by Araya et al (2003) assessed the effectiveness of a group psychoeducation programme in primary care management of depression in Chilean women. The results showed statistically significant improvements in the four SF-36 scales selected (mental health, role-emotional, social functioning and vitality) at three and six months after the intervention. In the study by Dowrick et al. (2000), patients who received a psychoeducation intervention reported statistically significant improvements in social functioning and mental measures (role-emotional and mental health) with the SF-36 compared to the control group. The study by Willemse (2004) showed that minimal-contact psychotherapy had a significant effect on two scales of the RAND-36 (physical functioning and mental health) but no significant impact on the other six scales (social functioning, role limitations due to physical health problems, role limitations due to personal or emotional problems, energy/fatigue, bodily pain and general health perceptions). Lastly, the study by Swan et al. (2004) evaluated the clinical utility of the course Coping with Depression (CWD) in a psychoeducation group for chronic, refractory depressive disorder in routine psychiatric practice. It showed significant improvements of 0.16 points in the EQ-5D index at 12 weeks of follow-up, but did not provide information about the five dimensions of the EQ-5D instrument.

Our results may be due to the fact that the PE group intervention provides information on important aspects of patients' personal care (diet, physical activity and sleep hygiene), since the PE group programme is based on three fundamental aspects of care for the patient with depression: improving the patient's knowledge of the disorder, promoting a healthy lifestyle and helping the patient acquire habits that are beneficial to health and development of resources to cope with critical situations. Other particular characteristics of our study could be the good adherence to the PE group intervention, with 92% of patients in the intervention group attending at least eight sessions.

A secondary objective of this study was to assess whether HRQoL improvement depends on the initial severity of depression (e.g. mild vs moderate symptoms). In the sample of patients with

mild symptoms, we did not find statistically significant improvements between groups in the EQ-5D index and VAS in the short term or the long term. On the other hand, in the sample of patients with moderate symptoms, we found statistically significant improvements between groups in the EQ-5D index and VAS in the short term, with a moderate effect size, but not in the long term. It may be that the small sample size of patients with moderate symptoms ( $n = 96$ ) and the loss of patients during follow-up led to a lack of statistical power.

Our results shows that the PE programme is an intervention that can reduce the disability associated with depression, and is a psychological therapy that can be applied in primary care services. Our study thus responds to the studies that have pointed to a need to develop interventions to reduce the disability associated with depression, incorporate them into primary care services and increase access to psychological therapies that have been shown to be effective in patients with depressive symptoms in primary care (Coyne et al. 2002; Huynh-Nhu et al. 2006; Sherbourne et al. 2001; Üstun et al. 2004). Our study has also emphasised the usefulness of EQ-5D in assessing HRQoL in primary care patients with major depression.

#### ***Limitations and strengths of the study***

Some limitations of the study deserve further discussion. First, we used the EQ-5D, which is a generic instrument of HRQoL, and as such its discriminative ability and sensitivity might be lower than those of HRQoL-specific instruments. As a result, we may have underestimated the benefit of the intervention evaluated. In fact, it is recommended that EQ-5D be used along with HRQoL-specific instruments when this is feasible and when high rates of discriminative power and/or sensitivity to change are required. Nevertheless, EQ-5D is strongly recommended owing to its speed and simplicity, which are among the most important factors to consider in studies conducted in primary care. The EQ-5D questionnaire requires an administration time of approximately two to three minutes and has a good completion rate. Since we intended for our study to be relevant for clinical practice, we chose a robust questionnaire that the patient can complete during a single visit to his or her GP and nurse. Second, our study had an overall loss rate of 29.5%: a 23% overall drop-out rate for the primary outcome measure of the trial (the BDI) (Casañas et al. 2012) and an additional 6.5% drop-out rate. As a result, the sample size of our study is relatively small, but both groups (those who completed the study and those who did not) were similar at baseline in terms of demographic and clinical characteristics. Moreover, drop-outs from the experimental group did not differ statistically from those in the control group at baseline. Another consequence related to drop-outs is that our statistical power might not have been sufficient to detect real, existing differences in the two groups. Therefore, our HRQoL estimates are not biased; we only lost some statistical power. Third, we did not double-blind the randomised participants, and as such the patients knew whether they belonged to the

intervention group or the control group, as did the health professionals. It was difficult for researchers to blind group assignments in the evaluation of psychological interventions. However, participants completed self-administered questionnaires (EQ-5D and BDI), and individuals were interviewed by a nurse who was not their reference nurse. Therefore, the lack of blinding should not have affected by their responses.

Our study has a number of strengths. It is the first study to use the EQ-5D instrument to assess the impact on HRQoL of a group PE intervention in patients with depressive symptoms in primary care. In addition, ours was a naturalistic study. Its results, obtained in a design that very closely resembles usual PHC conditions, should be easily translatable to clinical practice. This PE intervention was conducted by community nurses in a primary care setting; therefore, there was an emphasis the role of the nurse in the management of depression at PHCs. The nurses could treat depression and related health problems in an integrated way, coordinating the health activities required by the patient and thus avoiding the dichotomy between the physical and psychological needs of these patients.

Further studies with a large sample size that simultaneously use generic and specific instruments of HRQoL are required to confirm the use of EQ-5D as an instrument to assess the impact of a PE programme on HRQoL in patients with major depression at PHCs.

### ***Conclusions***

Our results show that a group psychoeducation intervention is associated with a significant short-term improvement in the EQ-5D index and VAS score in patients with depressive symptoms.

### **Author's contributions:**

R Casañas designed the study, wrote the manuscript and gave final approval of the version to be published. R Catalán was involved in drafting and revising the manuscript. J Real performed the statistical analysis. MI Fernandez participated in the analysis and interpretation of data. A Raya participated in the design of the study. S Valero critically reviewed the manuscript. M Casas participated in the design of the study and revision of the manuscript and J Alonso participated in the analysis and interpretation of data and was involved in drafting and revising the manuscript. All authors contributed to the article and approved the final manuscript.

### **Conflict of Interest**

All authors declare that they have no competing interests.

## Acknowledgements

This study was funded by the ‘Fondo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias’ of the Spanish Ministry of Health (registration number PI07/90712).

We would like to express our gratitude to the research group, composed of Jordi Armengol, M<sup>a</sup> Antonia Campo, Empar Escudero, Inés Ángeles Falder, Eva M<sup>a</sup> Fernandez, Elena Puigdevall, Antonia Raya and Teresa Romero, who participated in the design of the psychoeducation group programme and coordinated the research study in the different participating PCCs. We would also like to thank Josep Manel Picas, Elena Puigdevall, Josep Davins, Marc Marí and Jose Luis del Val for their collaboration and support in this project. Finally, we wish to express our gratitude to the 24 nurses who led the psychoeducation groups and participated data collection and the 13 PHCs that participated in the study.

## References

1. Allart-van Dam, E., Hosman, C.M.H., Hoogduin, C.A.L. & Schaap, C.P.D.R. ( 2003). The ‘Coping with Depression’ course: short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behavior Therapy*, 34, 381–396.
2. Allart-van Dam, E. (2007). Prevention of depression in subclinically depressed adults: Follow-up effects on the ‘Coping with Depression’ course. *Journal of Affective Disorders*, 97, 219–228.
3. Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S. *et al.* (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 21–27.
4. Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R. *et al.* (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 361, 995–1000.
5. Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina Clínica.*, 112 (Suppl 1), 79-86.
6. Badia, X. (1999). EuroQol: un instrumento para valorar la salud EQ-5D guia del usuario, version española. *Medicina Clínica*, 114, 6-14.
7. Barbui, C., Cipriani, A., Patel, V., Ayuso-Mateos, J.L. & van Ommeren, M. (2011). Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 11-6, sup 1.

8. Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
9. Benton, T., Staab, J. & Evans, D.L. (2007). Medical co-morbidity in depressive disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4), 289-303.
10. Bright, J., Baker, K. & Neimeyer, R. (1999). Professional and Paraprofessional Group Treatments for Depression: A Comparison of Cognitive-Behavioral and Mutual Support Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 491–501.
11. British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists (2009). The treatment and management of depression in adults (updated edition) National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE).
12. Brown, R.A. & Lewinsohn, P.M. (1984). Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: Comparison of Group, Individual, and Minimal Contact Procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 774–783.
13. Casañas, R., Armengol, J., Campo, M.A. et al. (2009). Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con Depresión leve/moderada en Atención Primaria. PI07/90712. Institut Català de la Salut. Àmbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad, Barcelona.
14. Casañas, R., Catalán, R., Val, J.L., Real, J., Valero, S. & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18,12(1), 230.
15. Chisholm, D., Sanderson, K., Ayuso-Mateos, J.L. & Saxena, S. (2004). Reducing the global burden of depression: Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry*, 184, 393-403.
16. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd edition New Jersey: Lawrence Erlbaum.
17. Coyne, J.C., Thompson, R., Klinkman, M.S. & Nease, D.E. (2002). Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 798-809.
18. Cuijpers, P., van Straten, A., Donker, T. & Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 354-364.
19. Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G.N. & Lewinsohn, P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “Coping with Depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29, 449-458.



20. Dalgard, O.S. ( 2006). A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540) *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2, 15.
21. Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J.L. *et al.* (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. *British Medical Journal*, 321, 4–450.
22. EuroQol Group (1990). EuroQol- a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
23. Hayhurst, H., Palmer, S., Abbott, R., Johnson, T. & Scott, J. (2006) Measuring health-related quality of life in bipolar disorder: Relationship of the EuroQol (EQ-5D) to condition-specific measures. *Quality of Life Research* 15, 1271–1280.
24. Herdman, M., Badia, X. & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en Atención Primaria. *Revista Atención Primaria*, 28 (6), 425-429.
25. Huynh-Nhu, L. & Boyd, R.C. (2006). Prevention of major depression: early detection and early intervention in the general population. *Clinical Neuro-psychiatry*, 3(1), 6-22.
26. IBM SPSS Statistics v.18 Inc, 1989-2010.
27. Katon, W.J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216-26.
28. Nuevo, R., Leighton, C., Dunn, G. *et al.* (2010). Impact of severity and type of depression on quality of life in cases identified in the community. *Psychological Medicine*, 40, 2069–2077.
29. Peveler, R., Kendrick, T., Buxton, M. *et al.* (2005). A randomised controlled trial to compare the cost-effectiveness of tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors and lofepramine. *Health Technology Assessment*, 9(16),1-134, iii.
30. Pickard, A.S., Neary, M.P. & Cella, D. (2007). Estimation of minimally important differences in EQ-5D utility and VAS scores in cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5,70.
31. Rapaport, M.H. & Judd, LL. (1998). Minor depressive disorder and subsyndromal depressive symptoms: functional impairment and response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 48(2-3), 227-32.
32. Richter, R., Wemer, J., Heerlein, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck. Depression Inventory: A review. *Psychopathology*, 31,160-168.
33. Rubio-Valera, M., Serrano-Blanco, A., Travé, P., Peñarrubia-María, T., Ruiz, M. & March, M. (2009). Community pharmacist intervention in depressed primary care

- patients (PRODEFAR study): randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health*, 9, 284.
34. Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Fernández, A. *et al.* (2011). Costs of depression in Catalonia (Spain). *Journal of Affective Disorders*, 132, 130–138.
  35. Sapin, C., Fantino, B., Nowicki, M.L. & Kind, P. (2004). Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major depressive disorder. *Health and Qual of Life Outcomes*, 5, 2-20.
  36. Sherbourne, C., Wells, K., Duan, N. *et al.* (2001). Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archives General Psychiatry*, 58, 696–703.
  37. Sobocki, P., Ekman, M., Ågren, H. *et al.* (2007). Health-Related Quality of Life Measured with EQ-5D in Patients Treated for Depression in Primary Care. *Value in Health*, 10 (2), 153-160.
  38. Sprangers, M., de Regt, E.B., Andries, F. *et al.* (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895–907.
  39. Swan, J., Sorrell, E., MacVicar, B., Durham, R. & Matthews, K. (2004) Coping with depression”: an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 125–129.
  40. Terwee, C.B., Dekker, F.W., Wiersinga, W.M., Prummel, M.F. & Bossuyt, P.M.M. (2003). On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: guidelines for instrument evaluation. *Quality of Life Research*, 12, 349-362.
  41. Üstün, T.B., Ayuso-Mateos, S., Chatterji, S., Mathers, C. & Murray, C.J.L. (2004). Global burden of depressive disorders in year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.
  42. Vázquez, C. & Sanz, J. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
  43. Wahlbeck, K. & Mäkinen, M. (2008). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
  44. Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D. *et al.* (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914–919.
  45. Wells, K.B. & Sherbourne, C.D. (1999). Functioning and Utility for Current Health of Patients With Depression or Chronic Medical Conditions in Managed. Primary Care Practices. *Archives of General Psychiatry*, 56, 897–904.

46. Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J. *et al.* (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575–86.
47. Willemse, G.R.W.M., Smit, F., Cuijpers, P. & Tiemens, B.G. (2004). Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 185, 416–421.
48. World Health Organization (WHO) (1991). International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> revision (ICD- 10).

**Table 1: Baseline characteristics of the intervention and control group. Values are numbers (percentages)**

<b>Variable</b>	<b>Category</b>	<b>Intervention n (%)</b> (n= 115)	<b>Control n (%)</b> ( n= 109)
<b>Gender</b>	Women	105 (91.3)	96 (88.1)
	Men	10 (8.7)	13 (11.9)
<b>Age</b>	Mean (SD)	52.44(11.92)	54.49 (13.59)
<b>Nationality</b>	Spanish	107 (93)	101 (92.7)
<b>Marital status</b>	Single	19 (16.5)	13 (11.9)
	Married/cohabitant	62 (53.9)	54 (49.5)
	Divorced/separed	23 (20)	17 (15.6)
	Widow/widowed	11 (9.6)	25 (22.9)
<b>Educational level</b>	Not completed primary education	14 (12.2)	12 (11.2)
	Completed primary education	40 (34.8)	45 (42.1)
	Secondary education	30 (28)	39 (33.9)
	University	20 (18.7)	22 (19.1)
<b>N° Children</b>	0 Children	29 (25.2)	31 (28.4)
	1-2 Children	59 (51.3)	51 (46.8)
	>=3Children	27 (23.5)	27 (24.8)
<b>Employment status</b>	Self- Employed	53 (46.1)	41 (38)
	Disability or permanent disability	10 (9.3)	9 (7.8)
	Unemployed	14 (13)	17 (14.8)
	Works at home	16 (14.8)	19 (16.5)
	Retired	27 (25)	17 (14.8)
<b>Core coexistence</b>	Alone	17 (14.8)	24 (22.2)
	With children	17 (14.8)	13 (12)
	With his/her partner	27 (23.5)	24 (22.2)
	With his/her partner and children	34 (29.6)	30 (27.8)
	With parents	7 (6.1)	5 (4.6)
	With other family	8 (7)	3 (2.8)
	With other people	3 (2.6)	5 (4.6)
	Others	2 (1.7)	4 (3.7)
<b>Employment Economic status</b>	Permanent contract	41 (37.3)	31 (32)
	Temporary contract	3 (2.7)	5 (5.2)
	Self-employment	6 (5.5)	7 (7.2)
	Work without contract	8 (7.3)	3 (3.1)
	Not work, but have a salary	39 (35.5)	36 (37.1)
	Not work, not salary	13 (11.8)	15 (15.5)
<b>Stressful event</b>	Yes	71 (65.1)	65 (61.9)
<b>Medication: Antidepressant</b>	Yes	65 (56.5)	55 (50.5)
	No	50 (43.5)	54 (49.5)
	SSRI	57 (49.6)	45 (41.3)
	Tricyclic	4 (3.5)	2 (1.8)
	Dual	8 (7)	10 (9.2)
<b>Medication: Anxiolytics</b>	Yes	51 (44.3)	53 (48.6)

<b>Hypnotics</b>	Yes	7 (6.1)	4 (3.71)
<b>Alternative treatment</b>	Yes	28 (24.3)	23 (21.1)
<b>BDI</b>	Mean (SD)	21.08(5.64)	19.50(5.78)

**Abbreviations:** **SD:** standard deviation; **SSRI:** serotonin- norepinephrine reuptake inhibitors; **BDI:** Beck Depression Inventory.

**Stressful event:** Divorce; separation; bereavement; diagnosis of serious illness or disability; loss of work; retirement; family problems; economic problems...

**Alternative treatment:** homeopathy; bach flowers; shark cartilage, acupuncture; infusions; tryptophan; vitamin B6...

**Table 2: EQ-5D descriptive system. Analysis of the 5 domains at baseline and follow up.**

		Baseline		Post-treatment		6m follow up		9m follow up	
		Intervention Group % (n= 115)	Control Group % (n= 109)	Intervention Group % (n= 88)	Control Group % (n= 70)	Intervention Group % (n= 73)	Control Group % (n= 61)	Intervention Group % (n= 77)	Control Group % (n= 65)
<b>Mobility</b>	No problems	71,3	65,1	72,7	62,9	65,8	63,9	70,1	67,7
	Some problems	27,8	34,9	27,3	37,1	34,2	36,1	29,9	32,3
	Severe problems	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Self-care</b>	No problems	81,7	90,8	90,9	91,4	87,7	86,9	88,3	90,8
	Some problems	18,3	9,2*	9,1	8,6	12,3	13,1	11,7	9,2
	Severe problems	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Usual activities</b>	No problems	44,3	54,1	46,6	57,1	49,3	52,5	53,2	61,5
	Some problems	51,3	44	50,0	37,1	47,9	47,5	44,2	38,5
	Severe problems	4,3	1,8	3,4	5,7	2,7	0,0	2,6	0,0
<b>Pain/ Discomfort</b>	No problems	17,4	24,8	25,0	22,9	26,0	21,3	26,0	21,5
	Some problems	62,6	56	60,2	57,1	58,9	65,6	53,2	66,2
	Severe problems	20	19,2	14,8	20,0	15,1	13,1	20,8	12,3
<b>Anxiety/ Depression</b>	No problems	6,1	10,1	18,2	12,9	21,9	23,0	19,5	20,0
	Some problems	68,7	67	73,9	70,0	63,0	68,9	67,5	67,7
	Severe problems	25,3	22,9	8,0	17,1	15,1	8,2	13,0	12,3

\* Significant: P< 0.05

**Table 3: Changes in EQ-5D Index values within and between intervention and usual care group**

Sample	Months	Intervention group			Usual care group			Difference (95% CI) between groups (intervention group)	
		n	mean (SD)	Difference † (95% CI)	n	mean (SD)	Difference † (95% CI)	Difference	P-value
Overall	Pre-intervention	115	0.575 (0.306)	ref	109	0.608 (0.276)	ref		
	3 (Post-intervention)	88	0.689(0.271)	0.129 (0.06 to 0.19 )	70	0.629 (0.309)	0.031( -0.02 to 0.08 )	0.099 (0.013 to 0.184) §	0.024*
	6 months	73	0.663(0.293)	0.104 (0.03 to 0.17)	61	0.683(0.260)	0.078 (0.01 to 0.140)	0.022 (-0.076 to 0.120) §	0.657
	9	77	0.653 (0.311)	0.093 ( 0.03 to 0.16)	65	0.691 (0.270)	0.089( 0.03 to 0.15)	-0.006 ('-0.085 to 0.098) §	0.889
	Pre-intervention	34	0.723 (0.211)	ref	48	0.709 (0.236)	ref		
	3 (Post-intervention)	28	0.804 (0.180)	0.107 ( 0.03 to 0.18)	34	0.752 (0.212)	0.056 ( -0.00 to 0.11)	0.051 (-0.043 to 0.146)	0.282
	6 months	26	0.777 (0.220)	0.695 ( -0.02 to 0.166)	26	0.784 (0.156)	0.046 (-0.04 to 0.13)	0.023 (-0.110 to 0.157)	0.728
	9	24	0.817 (0.210)	0.145 ( 0.04 to 0.24)	33	0.772 (0.202)	0.069 ( -0.00 to 0.14)	0.078 (-0.041 to 0.198)	0.195
	Pre-intervention	81	0.513 (0.319)	ref	61	0.528 (0.281)	ref		
	3 (Post-intervention)	60	0.635(0.291)	0.139 ( 0.05 to 0.22)	36	0.513(0.342)	0.008 ( -0.08 to 0.10)	0.131 ( 0.002 to 0.258)	0.045*
	6 months	47	0.599(0.310)	0.124( 0.02 to 0.22)	35	0.608(0.296)	0.102( 0.01 to 0.18)	0.021 ( - 0.115 to 0.158)	0.757
	9	53	0.579 (0.322)	0.070 ( -0.01 to 0.15)	32	0.607 (0.307)	0.113 ( 0.00 to 0.22)	-0.042(-0.174 to 0.087)	0.508

Abbreviations: SD standard deviation; CI confidence interval

† Differences were calculated between baseline measurement and follow-up measurement.

Positive differences indicate improvement; a negative one denotes some some worsening on clinical measures.

§ Adjusted difference according BDI and antidepressant, were calculated between intervention group and control group

Positive differences indicate improvement in the intervention group; Negative differences denote worsening in the intervention group

‡ SRM: Standardized response mean. Calculated as the mean change in score divided by the standard deviation of the change in score

A positive SRM denotes improvement; a negative one denotes some worsening on clinical measures

Interpretation effect sizes : Values 0.2-0.5 represent small changes, 0.5-0.8 moderate changes and >0.8 large changes.

\* Significant: P< 0.05

**Table 4: Changes in EQ-5D VAS within and between the intervention and usual care group**

Sample	Months	n	Intervention group		Usual care group			Difference (95% CI) between groups (intervention group)	
			mean (SD)	Difference † (95% CI)	n	mean (SD)	Difference † (95% CI)	Difference	P-value
Overall	Pre-intervention	115	50.26 (18.17)	ref	109	52.52 (17.51)	ref		
	3 (Post-intervention)	88	60.50 (17.29)	10.77( 6.77 to 14.76)	70	55.44 (17.89)	3.31 (-0.36 to 6.99)	7.06 (1.54 to 12.59)§	0.013 *
	6 months	73	58.20 (20.55)	8.76 ( 3.36 to 14.16)	61	57.70 (17.11)	3.55 (-1.69 to 8.80)	4.90 (-2.66 to 12.47)§	0.202
	9 months	77	58.51(21.35)	9.97 (5.04 to 14.90)	65	59.52 (18.04)	6.15 ( 0.69 to 11.60)	4.04 (-3.41 to 11.50)§	0.285
Mild	Pre-intervention	34	57.91 (16.57)	ref	48	57.91 (18.10)	ref		
	3 (Post-intervention)	28	65.21 (16.10)	7.21 ( 1.12 to 13.30)	34	60.70 (17.49)	3.94 (-0.76 to 8.65)	3.27 (-4.3 to 10.85)	0.391
	6 months	26	64.46 (17.34)	6.03 (-2.30 to 14.38)	26	60.38(17.60)	1.96 (-6.06 to 9.98)	4.07 (-7.54 to 15.70)	0.484
	9 months	24	68.66 (21.85)	11.63 (2.33 to 20.91)	33	63.06 (16.11)	6.09( -1.03 to 13.21)	5.53 (-5.99 to 17.1)	0.340
Moderate	Pre-intervention	81	47.06 (17.95)	ref	61	50.06 (16.37)	ref		
	3 (Post-intervention)	60	58.30 (17.51)	12.43 ( 7.33 to 17.53)	36	50.47 (17.05)	2.72( -2.93 to 8.38)	9.71 (1.9 to 17.6)	0.016 *
	6 months	47	54.74 (21.53)	10.27( 3.25 to 17.30)	35	55.71 (16.72)	4.74( -2.27 to 11.76)	5.53 (-4.56 to 15.63)	0.279
	9 months	53	53.92 (19.65)	9.23 (3.37 to 15.07)	32	55.87 (19.49)	6.22 (-2.19 to 14.63)	3.01 (-6.9 to 12.91)	0.548

Abbreviations: SD standard deviation; CI confidence interval

† Differences were calculated between baseline measurement and follow-up measurement.

Positive differences indicate improvement; a negative one denotes some some worsening on clinical measures.

§ Adjusted difference according BDI and antidepressant, were calculated between intervention group and control group

Positive differences indicate improvement in the intervention group; Negative differences denote worsening in the intervention group

‡ SRM: Standardized response mean. Calculated as the mean change in score divided by the standard deviation of the change in score

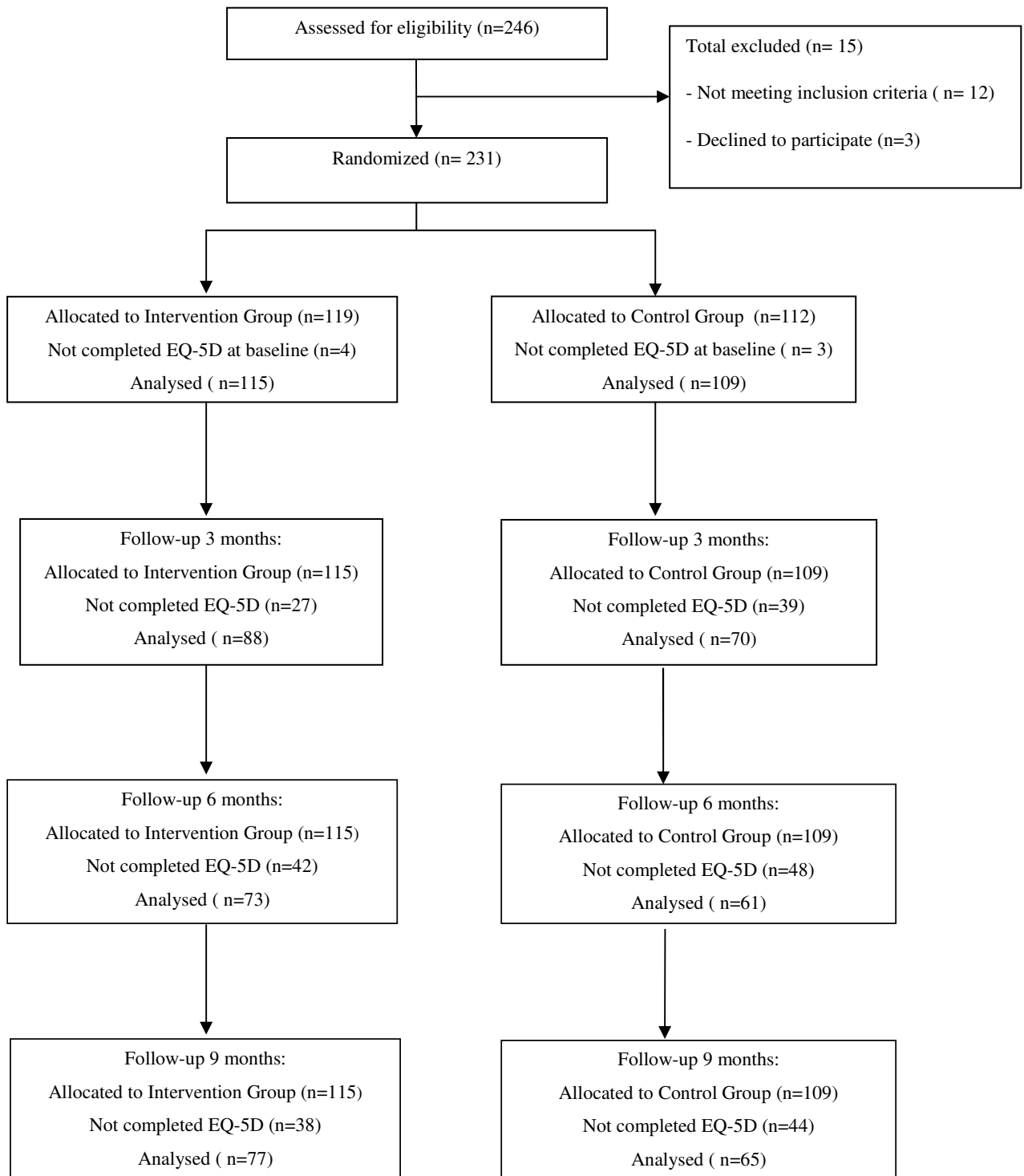
A positive SRM denotes improvement; a negative one denotes some worsening on clinical measures

Interpretation effect sizes : Values 0.2-0.5 represent small changes, 0.5-0.8 moderate changes and >0.8 large changes.

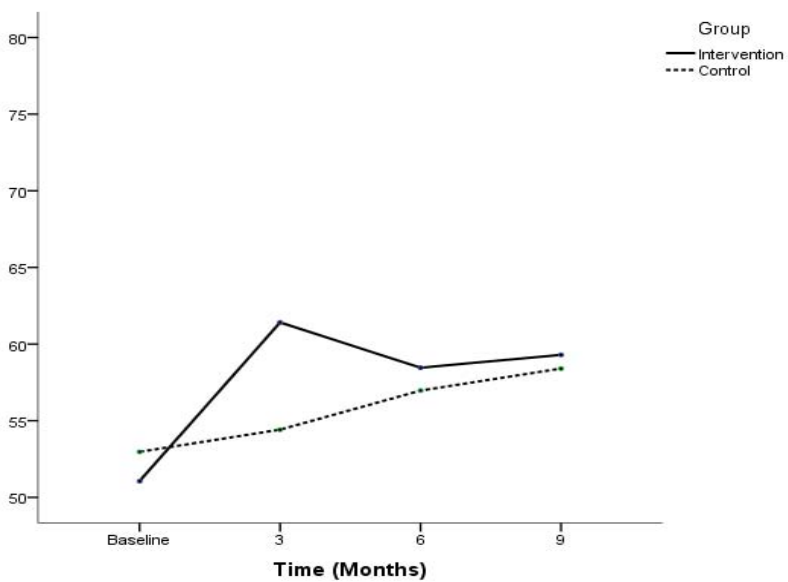
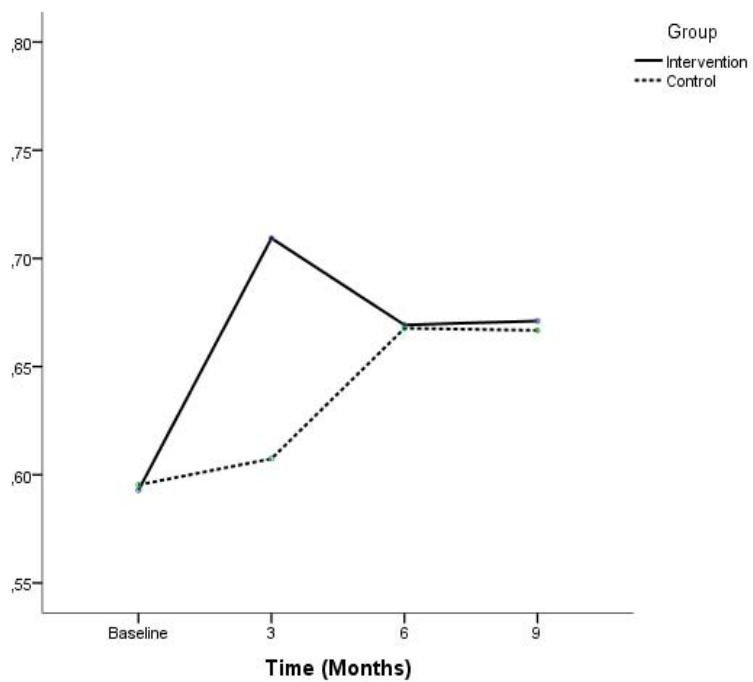
\* Significant: P< 0.05



**Figure 1: Flow chart of participants**



**Figure 2. Evolution of EQ-5D Index and VAS**



## **6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS**



## 6.1. Fortalezas del estudio

- Es el primer estudio que evalúa la eficacia de una intervención grupal psicoeducativa en pacientes con Depresión Mayor atendidos en Atención Primaria.
- La intervención grupal psicoeducativa incluye 3 aspectos fundamentales para el cuidado del paciente con depresión: 1) mejorar los conocimientos del trastorno (conocer sus síntomas y causas; información sobre los tratamientos farmacológicos, sus efectos secundarios y la importancia de la adherencia al tratamiento); 2) promover conductas saludables y adquisición de hábitos beneficiosos para la salud (aspectos del cuidado personal como la dieta, ejercicio físico, el descanso y el tiempo libre, y habilidades personales como la autoestima, autoimagen y asertividad); y 3) proporcionar el desarrollo de recursos personales para hacer frente a las situaciones críticas (técnicas de respiración y relajación; técnicas de activación conductual, cognitivo-conductuales y de resolución de problemas). Estos aspectos ya han demostrado que ayudan, de manera aislada, en la recuperación de estos pacientes.
- En el estudio se determina la población que puede beneficiarse más de esta intervención grupal, en este caso, la población con episodio depresivo leve.
- El tamaño muestra del estudio es suficiente (n= 231) y representativa para reflejar la población depresiva atendida en Atención Primaria con seguimiento hasta los 9 meses post-intervención.
- Es una intervención específica, breve y que requiere una formación relativamente corta, y ésta podría ser llevada a cabo por profesionales de enfermería con una formación previa.
- Es un estudio metodológicamente robusto, puesto que es un ensayo clínico controlado aleatorizado, que realiza un análisis por intención de tratar.
- Es un estudio naturalístico, los resultados se han obtenido de un diseño muy cercano a las condiciones habituales de los EAP. Por tanto, es una intervención que debería ser fácilmente extrapolable a la práctica clínica de los EAP sin la necesidad de grandes cambios estructurales ni organizativos.
- Es el primer estudio en utilizar el instrumento EQ-5D-3L para evaluar el impacto de una intervención grupal psicoeducativa en la calidad de vida relacionada con la salud

(CVRS) en pacientes con Depresión Mayor atendidos en Atención Primaria. Es un instrumento robusto, que puede administrarse de manera rápida y sencilla, y que permiten obtener resultados a la vez fiables y válidos, aspectos importantes a tener en cuenta en estudios realizados en Atención Primaria.

### **6.1. Limitaciones del estudio**

- La aleatorización de la muestra no se hizo a doble ciego, los paciente sabían a qué grupo pertenecían (intervención o control), al igual que las enfermeras y médicos del EAP. Para los investigadores se hacía difícil poder enmascarar el grupo de pertenencia en la evaluación de una intervención psicológica.
- Uno de los puntos más débiles de este estudio es la utilización de las escalas de Beck Depression Inventory (BDI) y el EQ-5D-3L como medidas de resultado clínico de la intervención. Sin embargo, hay que tener en cuenta que su brevedad de administración, facilita el cumplimiento de los objetivos a estudio por parte de enfermería de Atención Primaria. Con ello se pretende que el estudio sea lo más cercano posible a la práctica habitual y real de los EAP.
- La remisión de la sintomatología depresiva fue valorada mediante el cuestionario auto-administrado BDI, y se consideraba remisión la puntuación del  $BDI \leq 11$ . En nuestro estudio hemos utilizado los criterios de remisión de Riedel (2010) para Depresión Mayor en pacientes tratados de manera naturalista. Estudios ya han demostrado correlaciones entre el 0.70 y 0.80 entre los cuestionarios BDI y HAM-D, y que el BDI tiene una buena consistencia interna, es sensible al cambio, discrimina de manera fidedigna entre Depresión clínica y no Depresión y es un buen instrumento de detección de los trastornos depresivos en investigaciones comunitarias en adultos (Beck, Steer & Garbin, 1988; Clark et al., 1991; Lasa et al., 2000; Richter et al., 1998; Steer et al., 1999).
- El cuestionario EQ-5D es un instrumento genérico de calidad de vida, por tanto, su capacidad y sensibilidad de discriminación podría ser menor que aquellos instrumentos específicos de CVRS. Como consecuencia, es posible que nosotros hayamos subestimado el beneficio de la intervención evaluada. De hecho, se recomienda que el cuestionario EQ-5D sea utilizado junto con otros instrumentos

específicos de CVRS siempre que sea posible y cuando se requieran altas tasas de potencia y / o sensibilidad discriminativa de cambio. Sin embargo, el cuestionario EQ-5D es ampliamente recomendado debido a sus características de administración de manera rápida y sencilla, factores importantes a tener en cuenta en los estudios llevados a cabo en Atención Primaria. El cuestionario EQ-5D requiere de un tiempo de administración de 2-3 minutos aproximadamente, y tiene una buena tasa de respuesta. Dado que nuestro estudio quería ser relevante para la práctica clínica, se optó por un cuestionario robusto que puede ser completado por el paciente durante una visita al médico de familia y la enfermera y con altas tasas de respuesta.

- El estudio tuvo unas pérdidas totales del 23% de participantes, cuando se había realizado una estimación inicial del 15%. Estas pérdidas podrían haber afectado a la evolución real estimada del BDI durante el seguimiento a los 6 y 9 meses. De la muestra inicial de 231 personas, 54 fueron consideradas pérdidas (pacientes que no fueron evaluados en los momentos post- intervención y durante el seguimiento a los 6 y 9 meses). Pero ambos grupos (aquellos quienes completaron el estudio y los que no) eran similares al inicio del estudio en cuanto a las características demográficas y clínicas. Por otra parte, al inicio del estudio los participantes del grupo intervención que abandonaron el estudio no eran diferentes estadísticamente a los que lo abandonaron del grupo control. Estas pérdidas son consistentes con aquellas encontradas en otros estudios; entre el 25% y 37% (Cuijpers, 1998; Muñoz et al.,1995)
- En el estudio no se compara la intervención grupal psicoeducativa con otro tipo de intervención que se haya demostrado eficaz para la depresión.
- En el análisis estadístico se ha demostrado que la imputación de datos perdidos (LOCF) puede ser una fuente de sesgo en los resultados.





## **7. DISCUSIÓN**



Desde nuestro conocimiento, este es el primer estudio que evalúa la eficacia mediante un ensayo controlado aleatorizado de una intervención grupal psicoeducativa en pacientes con Depresión Mayor (leve y moderada) atendidos en Atención Primaria en España. Y es el primer estudio que combina terapias psicológicas (como la terapia cognitivo-conductual, de resolución de problemas y activación conductual), teoría del aprendizaje social de la Depresión (como actividades placenteras, autoestima y asertividad), aspectos del cuidado personal (como la dieta, ejercicio físico y descanso) y la adherencia al tratamiento farmacológico en una misma intervención, trabajando de una manera integral todos los aspectos que han mostrado que son eficaces en la recuperación del paciente afecto con depresión.

Hasta la fecha, los estudios que han evaluado la eficacia de la psicoeducación grupal en pacientes con depresión han utilizado el curso CWD o una modificación del mismo, una intervención cognitivo- conductual basada en la teoría del aprendizaje social de la depresión. (Allart-van Dam et al., 2003; Cuijpers, 1998; Dalgard, 2006; Dowrick et al., 2000; Teri & Lewinsohn, 1986).

Uno de los problemas más importantes al revisar los estudios sobre la eficacia de la psicoeducación grupal en Depresión en Atención Primaria es que no existe consenso en la definición del concepto de psicoeducación. Los diferentes estudios que han utilizado el término "psicoeducación" para definir el tipo de terapia psicológica aplicada lo han definido como intervención educativa-conductual (Peveler et al., 1999), o intervenciones con componentes conductuales (cambios de conducta o actividades placenteras), conocimientos (reestructuración cognitiva, counselling), educación/formación (instrucciones directas, conferencias y lecciones) y capacidades (amplio entrenamiento en habilidades) (Allart-van Dam et al., 2003). De esta manera, nos encontramos con intervenciones que comparten una alta estructura grupal psicoeducativa y didáctica, pero con orientaciones diversas. Como por ejemplo, las intervenciones de orientación cognitivo-conductual (TCC) estructuradas en un formato grupal psicoeducativo (Bright, Baker & Neimeyer, 1999), intervenciones psicoeducativas específicas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico (Peveler et al.,1999), e intervenciones multicomponentes (stepped care) estructuradas en un

formato grupal psicoeducativo (Araya et al., 2003), o el curso Coping with Depression (CWD) de orientación cognitiva- conductual (Allart-van Dam et al., 2003; Cuijpers, 1998; Dalgard, 2006; Dowrick et al., 2000; Teri & Lewinsohn, 1986). La mayoría de estudios (Dowrick et al., 2000; Dalgard, 2006; Allart-van Dam et al., 2007; Araya et al., 2003; Brown et al., 1984; Bright, Baker & Neimeyer, 1999) que han utilizado una intervención psicoeducativa también incluían tareas para realizar en casa (*homework*) por parte del paciente.

Otra de las dificultades que nos hemos encontrado a la hora de comparar las intervenciones psicoeducativas es que no hay un consenso en relación a la metodología utilizada, como la duración de la intervención, el número y duración de las sesiones, el número de participantes al grupo y los profesionales que realizan la intervención. De esta manera nos encontramos con intervenciones psicoeducativas que tenían una duración entre 9 (Araya et al., 2003) y 24 horas (Allart-van Dam et al., 2003; Brown & Lewinsolm, 1984; Dowrick et al., 2000), que oscilan entre 8 (Dalgard et al., 2006) hasta 12 sesiones (Allart-van Dam et al., 2003; Dowrick et al., 2000), con una duración de la sesión entre 60 (Araya et al. 2003) hasta 150 minutos (Dalgard et al., 2006), y con una participación por grupo de entre 8-10 (Allart-van Dam et al., 2003; Dalgard et al. 2006) hasta 20 personas (Araya et al., 2003). Los profesionales que realizan la intervención son psicólogos con amplia experiencia (Allart-van Dam et al., 2003; Brown & Lewinsolm, 1984), trabajadores sociales (Araya et al., 2003) y enfermeras tanto de Atención Primaria como de Salud Mental (Dalgard, 2006). Aspectos metodológicos que podrían haber influido en el mecanismo terapéutico de la psicoeducación. Por tanto, nos encontramos con una intervención grupal psicoeducativa bastante heterogenea, en comparación con la psicoeducación grupal utilizada para otros trastornos mentales, como el trastorno bipolar y la esquizofrenia.

En nuestro caso, nuestra intervención grupal psicoeducativa encajaría en los formatos de una intervención educativa- conductual, de conocimiento (reestructuración cognitiva), de capacidades (entrenamiento en habilidades) y para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico y de orientación cognitivo conductual. Y en relación a los aspectos metodológicos, nuestra intervención tiene una duración de 18 horas, repartidas en 12 sesiones de 90 minutos, llevadas a cabo por dos profesionales de enfermería de Atención Primaria y en cada grupo asistían entre 8 y 12 personas. De esta manera, nuestra intervención cumple las características recomendadas por el estudio de Jané-Llopis et al.

(2003) que muestra que los programas que son más eficaces constan de 8 o más sesiones, con una duración de las sesiones entre 60 y 90 minutos, que incluyen técnicas competenciales (capacidades) y con un diseño metodológico de investigación de alta calidad y a asistidos por un profesional sanitario.

En relación a una de las principales variables de resultado del nuestro estudio, la remisión de los síntomas depresivos, los resultados demuestran que la intervención grupal psicoeducativa produce una mayor remisión de los síntomas depresivos a corto y largo plazo comparado con el tratamiento habitual, por tanto, podemos afirmar que reduce la duración del episodio depresivo post- intervención y a los 6 meses.

Estos datos son consistentes con aquellos encontrados en el estudio de Allart- van Dam et al., (2003), en cuanto a que post- intervención hay una mayor remisión de los síntomas. La diferencia entre nuestro estudio y el de Allart- van Dam et al.,(2003) es que ellos utilizaron un criterio de remisión más estricto que el nuestro (puntuaciones del BDI <10 según Beck et al. (1988)) y que no evalúan el seguimiento a largo plazo (sólo post- intervención). En nuestro estudio utilizamos el criterio de Riedel que actualiza el punto de corte del BDI en los pacientes con depresión Mayor en la práctica clínica habitual, y que difiere en un punto en el criterio de Beck et al. (1988). También queríamos mantener el mismo criterio de remisión post-intervención y a largo plazo, teniendo en consideración la fluctuación de síntomas depresivos que se registra en Atención Primaria.

En el estudio de Dalgard (2006) que evalúan la remisión a los 6 meses, los resultados no fueron significativos. La diferencia con nuestro estudio fue que realizaron una intervención con menos sesiones, 8 en vez de 12, con una duración de 150 minutos por sesión, el reclutamiento de los pacientes lo realizaron mediante anuncios en el periódico, el cuestionario BDI se cumplimentaba en casa durante el seguimiento y lo devolvían mediante correo postal y la intervención se focalizaba en la enseñanza de promover pensamientos positivos, actividades placenteras, habilidades sociales y soporte social.

Por tanto, nuestros datos muestran que la psicoeducación grupal puede ser un tratamiento para la Depresión ya que se cumple el objetivo de remisión completa de los síntomas depresivos a corto plazo, uno de los objetivos de los tratamientos para la Depresión en sus fases iniciales (Cameron et al., 2014), y el de conseguir un retorno completo del paciente a

su funcionamiento previo al episodio depresivo (Cameron et al., 2014; Gelenberg et al., 2010).

En relación a los síntomas depresivos, nuestros resultados muestran una mejora significativa de los síntomas depresivos en el momento post- intervención (a corto plazo), pero esta mejora no se mantiene a los 9 meses de seguimiento. Por tanto, podemos afirmar que la intervención psicoeducativa es efectiva a corto plazo pero no a largo plazo.

En la sub-muestra de pacientes con síntomas leves se observa una reducción estadísticamente significativa de los síntomas depresivos a corto y largo plazo, en cambio en la muestra de pacientes con síntomas moderados sólo se observa una mejora estadísticamente significativa de los síntomas a corto plazo. En este caso, la psicoeducación grupal es efectiva a corto plazo en la muestra de pacientes con síntomas moderados, mientras que en la población con síntomas leves la intervención es efectiva a corto y largo plazo.

Estos datos coinciden con estudios que han mostrado la efectividad de la psicoeducación grupal a corto plazo (Allart- van Dam et al., 2003; Araya et al., 2003; Cuijpers, Smit & van Straten, 2007a), y con los estudios que ponen en cuestión los resultados en relación al efecto terapéutico de la psicoeducación a los 6 y 9 meses de seguimiento. El estudio de Allart- van Dam et al. (2007) evaluó los efectos preventivos a largo plazo del curso CWD, mostrando que sólo los pacientes con síntomas leves iniciales (puntuaciones en el BDI entre 10 y 25 puntos) obtuvieron un efecto significativo a los 6 y 12 meses de seguimiento. Los estudios de Dalgard et al. (2006), Dorwick et al. (2001) y Araya et al. (2003) mostraron mejoras significativas en los síntomas a los 6 meses, pero Dalgard (2006) y Dorwick et al. (2001) no a los 12 meses de seguimiento. Puesto que ninguno de estos estudios evaluó el efecto a los 9 meses de seguimiento, probablemente podemos concluir que los resultados de nuestro estudio son similares a estos.

La revisión sistemática de Tursi et al. (2013) sobre la efectividad de las intervenciones psicoeducativas para la depresión muestra que hay un consenso sobre la eficacia de la psicoeducación grupal en pacientes con depresión unipolar, pero remarca que hay que seguir estudiando su eficacia debido a las limitaciones metodológicas de los estudios. Los datos de nuestro estudio reforzarían la hipótesis de que la población con síntomas depresivos leves es la población que puede beneficiar más de recibir esta intervención grupal psicoeducativa

Nuestro estudio también demuestra que la intervención psicoeducativa es efectiva a corto plazo en la muestra de pacientes no tratados con antidepresivos antes de participar en el estudio. Por tanto, la psicoeducación debería ser considerada como una intervención de primera elección en la población con síntomas depresivos leves antes de valorar la pauta de antidepresivos. Remarca que la variable farmacológica antidepresiva ha estado reportada en pocos estudios (Dalgard, 2006; Dowrick, 2000), y no se han publicado datos sobre si esta variable podía haber influenciado en la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa. Por tanto, es una variable poco estudiada que se tendría que tener en cuenta en futuras investigaciones para reafirmar nuestros resultados.

Resaltar que la mayoría de los estudios que han evaluado la eficacia de psicoeducación han utilizado el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Dowrick et al., 2000; Allart-van Dam et al., 2003; Allart-van Dam et al., 2007; Dalgard, 2006; Brown et al., 1984; Bright et al., 1999) como una escala de evaluación clínica, que, a diferencia de la Escala de Hamilton para la Depresión (Araya et al., 2003), incluye aspectos psicológicos y psicosociales, haciendo hincapié en el componente cognitivo de la depresión, que es una cuestión muy importante. En nuestro estudio utilizamos la escala BDI para poder comparar nuestros resultados con el resto de estudios.

En relación a la calidad de vida, nuestros resultados muestran que la intervención grupal psicoeducativa está asociada a una mejora significativa a corto plazo en la escala EQ-5D-3L Índice y VAS, y especialmente en la muestra de pacientes con síntomas moderados. Observamos que la psicoeducación grupal tiene un impacto en la depresión, ya que el grupo intervención consiguió diferencias consideradas clínicamente importantes en la muestra general y en los pacientes con síntomas depresivos moderados. Se consideran diferencias clínicamente importantes a las diferencias por encima de 0.07 en el EQ-5D índice y de 7 puntos en el EQ-5D VAS (Pickart, Neary & Cella, 2007). Nuestros datos son consistentes con los estudios previos que describen que la psicoeducación grupal está asociada a una mejora en las dimensiones de ansiedad/ depresión (salud mental), movilidad y actividades de la vida diaria (funcionamiento físico y social) (Araya et al., 2003; Dowrick et al., 2000; Willemse et al., 2004; Swan et al., 2004). Hay que resaltar que en nuestro estudio además muestra que

las dimensiones de dolor/malestar y auto-cuidado también mejoran después de recibir una intervención psicoeducativa, aspectos que no se habían estudiado hasta el momento.

Remarcar que nuestro estudio es el primero en utilizar el instrumento EQ-5D-3L para valorar el impacto de una intervención grupal psicoeducativa en pacientes con síntomas depresivos en Atención Primaria. La mayoría de estudios que han evaluado la eficacia de la psicoeducación grupal se han basado en la remisión y mejora de los síntomas depresivos y no han tenido en cuenta aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud. Los estudios que si la han tenido en cuenta han utilizado las escalas SF-36 o RAND-36 (Araya et al., 2003; Dowrick et al., 2000; Willemse et al., 2004) o sólo han utilizado el apartado del índice de la escala EQ-5D (Swan et al., 2004).

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un parámetro imprescindible en la evaluación de resultados en salud, puesto que se centra más en la persona que en la enfermedad e incorpora la percepción del paciente. Es un concepto difícil de evaluar que habitualmente se estima mediante cuestionarios, como el EQ-5D o el SF-36. Según la literatura, estos cuestionarios deben ser robustos, que puedan administrarse de manera rápida y sencilla, y que permitan obtener resultados a la vez fiables y válidos. A la hora de seleccionar un instrumento de medida de la CVRS para estudios realizados en Atención Primaria, el EQ-5D cumple todos los criterios requeridos. Es un instrumento de rápida y fácil cumplimentación y tiene una buena correlación con el SF-36 (Dorman, et al., 1999).

Resaltar que nuestros resultados ofrecen una respuesta a la necesidad de desarrollar y adaptar intervenciones para reducir la carga de la depresión, e incorporar en Atención Primaria las intervenciones psicológicas que han mostrado ser efectivas a corto plazo, ya que pueden mostrar más beneficios prolongados a largo plazo en relación a la calidad de vida.

En el estudio *Global burden of depressive disorders in year 2000* (Üstün et al., 2004), se señala la necesidad de desarrollar y adaptar intervenciones para reducir los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) asociados con la depresión. Este mismo estudio remarca que para reducir la carga de la enfermedad, se necesita encontrar estrategias efectivas para reducir la duración de los episodios y prevenir la recurrencia en poblaciones de riesgo. Debido a la alta carga de la Depresión a nivel mundial, es necesario integrar estos



tratamientos dentro de los servicios de Atención Primaria y tratar estos trastornos mentales con igualdad respecto a otras enfermedades en el sistema de salud (Üstün et al., 2004).

Otros estudios también remarcan la importancia de disponer de tratamientos efectivos para la Depresión en Atención Primaria (Nuyh-Nhu & Boyd, 2006; Coyne et al., 2002), o mejorar el acceso de los pacientes con síntomas depresivos a las terapias psicológicas que han mostrado ser eficaces, ya que pueden ser útiles a largo plazo en relación con la calidad de vida (Sherbourne et al., 2001). Y en el estudio de Chisholm et al. (2004) demuestran que realizar intervenciones en Atención Primaria para la Depresión reduce la carga relacionada con este trastorno entre un 10% y 30%.

Otro aspecto importante de los programas psicoeducativos es su adherencia. En nuestro estudio la adherencia a la intervención grupal psicoeducativa fue razonablemente buena, un 73% de la muestra recibió al menos 8 o más sesiones. Y esto es un factor importante a tener en cuenta en cualquier intervención llevada cabo en Atención Primaria, donde la adherencia a los tratamientos farmacológicos es baja según muestran la mayoría de los estudios (Demyttenaere et al., 2001; Lin et al., 1995; Lingam & Scott, 2002; Maddox, Levi & Thompson, 1994; Olfson et al., 2006; Oller- Canet, et al. 2011; Parraga et al., 2014). El estudio de Oller- Canet et al. (2011) muestra que un tercio de los pacientes en tratamiento farmacológico antidepresivo no eran cumplidores puesto que no lo retiraban de forma adecuada de las farmacias, por tanto, llegan a la conclusión de la necesidad de intensificar ciertas estrategias dirigidas a mejorar el cumplimiento, como es la educación al paciente sobre su enfermedad e informar de los efectos adversos más frecuentes sobre los cuales desarrollará tolerancia. Otros estudios justifican la poca adherencia al tratamiento farmacológico debido a que la mayoría de pacientes de Atención Primaria prefiere terapias psicológicas más que tratamientos farmacológicos ( Bedi et al., 2000; Sherbourne et al., 2001; Van Shaik et al., 2004). Por tanto, los resultados de nuestro estudio proporcionan una opción de tratamiento no farmacológico para el manejo de la Depresión.

La adherencia a las intervenciones psicoeducativas para la depresión es alta según demuestran los estudios. En el estudio de Allart- van Dam et al. (2003) el 86.7% de personas que recibieron el CWD asistieron a las 12 sesiones grupales, en el estudio de Dorwick et al. (2001) el 48% completaron el tratamiento grupal y en el estudio de Dalgard

(2006) el 87% asistió al tratamiento, aunque en ninguno de estos dos últimos estudios se especifica las sesiones asistidas. Y en el estudio de Araya et al. (2003) la media de asistencia fue de 7 de las 9 sesiones que constaba el programa. Por tanto, es una intervención que presenta una adherencia bastante buena si la comparamos con la adherencia a los tratamientos farmacológicos antidepresivos en Atención Primaria.

En nuestro caso, algunas de las posibles razones que justifiquen la buena adherencia de nuestra intervención podría ser: a) los pacientes fueron reclutados por su médico de familia o enfermera del EAP, profesionales más cercanos a los pacientes; b) se realizaban llamadas telefónicas de recordatorio a las personas que no habían asistido a alguna sesión, para saber las razones de su ausencia y motivarla a continuar asistiendo a la sesiones; d) la intervención se realizaba en el EAP, normalmente ubicado cerca del domicilio del paciente; e) los contenidos que incluye el programa, que tratan sobre la salud física y mental de la persona y; f) los ejercicios prácticos a realizar en casa por parte del paciente.

Y por último, remarcar el rol de los profesionales de enfermería en la conducción de los grupos psicoeducativos para el manejo de la depresión en Atención Primaria. Estudios demuestran que las intervenciones psicoeducativas pueden ser conducidas por profesionales de enfermería con una formación previa y llevadas a cabo en el ámbito de Atención Primaria (Bright et al., 1999; Bosman et al., 2008; Cuijpers et al., 2009; Dalgard, 2006).

El presente estudio demuestra que una intervención psicoeducativa grupal aplicada por personal de enfermería es eficaz en la mejora de la sintomatología depresiva y en la remisión del trastorno depresivo así como en la mejora de la calidad de vida en pacientes con Depresión Mayor con síntomas leves o moderados. Resaltar el papel de la enfermera en la gestión, coordinación y seguimiento clínico del paciente afecto con Depresión en Atención Primaria

La aplicación de una intervención adecuada para la Depresión Mayor en Atención Primaria debe ser un objetivo principal en la asistencia sanitaria y para ello son necesarios importantes esfuerzos en esta dirección. Algunos de estos esfuerzos deben pasar por mejorar la educación de la población acerca de los problemas de salud mental (Cano-Vindel

et al. 2012). De esta forma, se daría un paso necesario hacia la atención integral de los problemas de salud mental, pasando de un marco fundamentalmente biomédico (imperante en la actualidad), excesivamente basado en los tratamientos farmacológicos, a un marco biopsicosocial para los problemas emocionales, en general, y para la depresión, en particular. Disponer de una atención eficaz en Atención Primaria supondrá un gran avance para nuestra salud pública.



## **8. CONCLUSIONES e IMPLICACIONES**



## 8.1. Conclusiones

**a)** Los hallazgos confirman la hipótesis planteada en este estudio en cuanto a una mejora de la sintomatología depresiva en el grupo de pacientes que recibieron la intervención grupal psicoeducativa en comparación con el grupo control, que recibió la atención habitual por parte de los profesionales de Atención Primaria. El grupo intervención obtuvo una mejora significativa de la sintomatología depresiva a corto plazo (después de finalizar la intervención), y es importante resaltar que esta reducción de los síntomas se mantuvo estable a los 9 meses de finalizar la intervención grupal en el grupo de pacientes con Depresión leve.

**b)** Los resultados del estudio demuestran que la intervención psicoeducativa facilita la remisión de síntomas depresivos y que ésta se mantiene durante el seguimiento a 9 meses en toda la muestra del estudio.

**c)** En la población depresiva con síntomas leves observamos que la intervención grupal psicoeducativa fue más efectiva y tuvieron tasas de remisión más altas a corto y largo plazo (6 y 9 meses de seguimiento) en comparación con el grupo control. En cambio, en el grupo de síntomas moderados la intervención fue efectiva sólo a corto plazo y a los 6 meses, pero no a los 9 meses de seguimiento.

**d)** Es de interés resaltar que en los pacientes que nunca habían tomado medicación antidepressiva, la intervención es efectiva en la remisión de los síntomas depresivos a corto plazo, después de recibir la intervención, pero no a los 6 y 9 meses de seguimiento. Posiblemente podría ser explicado por diferentes mecanismos fisiopatológicos subyacentes o por factores de riesgo de recaída clínica.

**e)** La adherencia a la intervención grupal psicoeducativa fue razonablemente buena, un 73% de la muestra recibió al menos 8 o más sesiones. Y esto es un factor importante a tener en cuenta en cualquier intervención grupal llevada cabo en un ámbito comunitario, donde la adherencia a los tratamientos farmacológicos es baja según la mayoría de estudios.

**f)** Se observa una correlación entre la reducción de la sintomatología depresiva y la adherencia al tratamiento grupal. Las personas que asistieron a más sesiones grupales obtenían una reducción significativa de la sintomatología depresiva a corto y largo plazo.

**g)** En relación a la CVRS, la intervención psicoeducativa mejoró la calidad de vida evaluada con el EQ-5D índice y VAS a corto plazo y ésta mejora se mantiene durante el seguimiento a los 9 meses, especialmente en el grupo de pacientes con síntomas moderados. Este aspecto deberá ser analizado más en profundidad por estudios clínico controlados y aleatorizados y con escalas más específicas y sensibles al cambio.

**h)** En conclusión, nuestros datos apoyan que para mejorar la sintomatología depresiva en Atención Primaria se iniciaría el plan terapéutico con la intervención psicoeducativa grupal en el caso de sintomatología depresiva leve.

## **8.2. Implicaciones**

**a)** Los resultados de nuestro estudio se obtuvieron de un estudio naturalístico, lo más cercano posible a la práctica clínica habitual de los equipos de Atención Primaria, por tanto, es una intervención debería ser fácilmente implementada en este ámbito sin grandes modificaciones organizativas ni estructurales. En base a los resultados del estudio, los EAP que participaron en el estudio han seguido realizando la intervención grupal en sus centros y la han incorporado como una actividad más dentro de las actividades de educación sanitaria. Es una intervención que ya está implementada e instaurada como una actividad más para el manejo de la depresión en este ámbito. El Institut Català de la Salut tiene accesible en su página web el protocolo de la intervención grupal psicoeducativa en el apartado de "Protocols i Recomanacions" como una herramienta de utilidad para los profesionales del ámbito sanitario en su práctica clínica.

**b)** Los resultados del estudio muestran la eficacia de la intervención a corto y largo plazo en la población con síntomas depresivos leves, y en aquella población que no estaba en tratamiento farmacológico antidepresivo antes de iniciar la intervención. Por tanto, es una intervención que podría incorporarse en los EAP como primer paso de acción para el manejo



de la depresión en el ámbito comunitario. Esta afirmación vendría abalada por las guías práctica clínica que recomiendan aplicar intervenciones psicoeducativas o terapias breves como primer paso en el manejo de la depresión en Atención Primaria. Además, hay que señalar que en el País Vasco ya se aplica esta intervención desde el 2012 por el mismo motivo.

**c)** La intervención ha demostrado que puede mejorar la calidad de vida en la depresión en Atención Primaria, y de esta manera dar respuesta a la necesidad de desarrollar y adaptar intervenciones para reducir la carga de la depresión.

**d)** La intervención grupal psicoeducativa fue llevada a cabo por enfermeras comunitarias de Atención Primaria con una formación previa, indicando la importancia que podrían tener en el manejo terapéutico de la Depresión Mayor.

**e)** El protocolo supone una nueva herramienta de intervención en el tratamiento de las depresiones leves/moderadas que se puede utilizar desde el ámbito de enfermería de Atención Primaria, integrándose en la continuidad asistencial de las intervenciones que recibe el paciente. Se ofrece pues, una mejora en el tratamiento, la educación y el soporte terapéutico de esta patología mental, que cada vez es más frecuente en las consultas de los médicos de familia y de enfermería.



## **9. BIBLIOGRAFIA**



- Allart-van Dam, E., Hosman, C.M.H., Hoogduin, C.A.L. & Schaap, C.P.D.R. (2003). The 'Coping with Depression' course: short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behavior Therapy, 34*, 381–396.
- Allart-van Dam, E., Hosman, C.M.H., Hoogduin, C.A.L. & Schaap, C.P.D.R. (2007) Prevention of depression in subclinically depressed adults: Follow-up effects on the 'Coping with Depression' course. *Journal of Affective Disorders, 97*, 219–228.
- American Psychiatric Association (APA) (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. 3rd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- Aragonès, E., Piñol, J.L., Labad, A., Folch, S. & Mèlich, N. (2004). Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 34*(4), 331-43.
- Aragonès, E., Labad, A. y Piñol, J.L.L. (2005). Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria de salud. *Revista Psiquiatría Biológica, 12*(2),58-61.
- Aragonès, E., López-Cortacans, G., Badia, W., Hernández, J.M., Caballero, A., Labad, A. & the INDI Research Group. (2008). Improving the Role of Nursing in the Treatment of Depression in Primary Care in Spain. *Perspectives in Psychiatric Care, 44*, (4), October.
- Aragonès, E., Piñol, J.L., Caballero, A., López-Cortacans, G., Casaus, P., Hernández, J.M., Badia,W. & Folch, S. (2012) Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *Journal Affective Disorder, 142*(1-3), 297-305.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G. & Peters, T.J. (2003) Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet, 361*, 995-1000.
- Australian National University: BluePages, Depression information. The Centre for Mental Health Research. Recuperado de <http://www.bluepages.anu.edu.au>.

- Badia, X., Schiaffino, A., Alonso, J. & Herdman, M. (1998) Using the Euro- QoI 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Quality of Life Research*, 7, 311-322.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina Clínica*, 112 (Suppl 1), 79-86.
- Barbui, C., Cipriani, A., Patel, V., Ayuso-Mateos, J.L. & van Ommeren, M. (2011). Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 198(1), 11-6, sup.
- Bas, F. & Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M. Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*, New York: Guilford press 1979 (Trad. esp en Bilbao: Declée de Brower, 1984).
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G.( 1988). Psychometric properties of the Beck Depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Becoña E. (1993) Técnicas de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Ed). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (710-743). Madrid: Pirámide.
- Bedi, N., Chilvers, C., Churchill, R., Dewey, M., Duggan, C., Fielding, K. (...) & Williams, I. (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care; partially randomised preference trial. *British Journal of Psychiatry*, 177,312-318
- Bellini, L.M., Baime, M. & Shea, J.A. (2002). Variation of mood and empathy during internship. *JAMA*, 287(23), 3143-3146.
- Benedito, M.C., Carrió, M.C., Del Valle, G. & Domingo, A. (2004) Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92 (oct-dic), 165-176.

- Benton, T., Staab, J. & Evans, D.L. (2007). Medical co-morbidity in depressive disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4), 289-303.
- Bonicatto, S.C., Dew, M.A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. & Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science and Medicine*, 52, 911-919.
- Bosmans, J.E., van Schaik, D.J., de Bruijne, M.C., van Hout, H.P., van Marwijk, H.W., van Tulder, M.W. & Stalman, W.A. (2008). Are Psychological Treatments for Depression in Primary Care Cost-Effective? *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 11, 3-15.
- Bright, J., Baker, K. & Neimeyer, R. (1999). Professional and Paraprofessional Group Treatments for Depression: A Comparison of Cognitive-Behavioral and Mutual Support Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 491-501.
- Brown, R.A. & Lewinsohn, P.M. (1984). Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: Comparison of Group, Individual, and Minimal Contact Procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 774-783.
- Brown, J.S., Elliott, S.A., Boardman, J., Ferns, J. & Morrison, J. (2004). Meeting the unmet need for depression services with psycho-educational self-confidence workshops: preliminary report. *British Journal of Psychiatry*, 185,511-515.
- Butler, L.D., Waelde, L.C., Hastings, T.A., Chen, X.H., Symons, B., Marshall, J. (...) & Spiegel, D. (2008). Meditation with yoga, group therapy with hypnosis, and psychoeducation for long-term depressed mood: a randomized pilot trial. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 806-20.
- Caballero, L., Aragonés, E., Garcia-Campayo, J., Rodríguez- Artalejo, F., Ayuso-Mateos, J. L., Polavieja & P.,Gilaberte, I.( 2008). Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*, 49, 520-529.
- Caballero-Martínez, F., León-Vázquez, F., Payà-Pardo, A. & Días-Holgado, A. (2014). Uso de recursos sanitarios y pérdidas de productividad en pacientes con trastornos depresivos atendidos en Atención Primaria: Estudio InterDep. *Actas Españolas Psiquiatría*, 42(6),281-91.

- Caballo, VE. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Calderón, C., Mosquera, I., Balagué, L., Retolaza, A., Bacigalupe, A., Belaunzaran, J. (...) & Garcia, B. *Modelos de intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2013. Informe N.º:D-13-13.
- Cameron, C., Habertc, J., Ananda, L. & Furtadoa, M. (2014). Optimizing the management of depression: primary care experience. *Psychiatry Research*, 220 (S1), S45-S57.
- Cano-Vindel, A., Salguero, J. M., Wood, C. M. & Dongil, E. (2012). La Depresión en Atención Primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Casañas, R., Armengol, J., Puigdevall, E. (2006). *Guia per a l'infermera. Sessions Grupals Psicoeducatives en l'Episodi Depressiu a l'Atenció Primària*. Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Casañas, R., Armengol, J., Puigdevall, E. (2006). *Guia per a l'infermera. Sessions Grupals Psicoeducatives en el Trastorn d'Ansietat a l'Atenció Primària*. Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Casañas, R. (2008). *Avaluació de l'efectivitat d'una intervenció grupal psicoeducativa en pacients amb simptomatologia d'ansietat i depressió a l'Atenció Primària*. (Trabajo de investigación). Doctorat en Psiquiatria i Psicologia Mèdica Departament de Psiquiatria i Medicina Legal UAB, Barcelona.
- Casañas, R., Raya, A., Valls, M.M., Toribio, M.A., Ibañez, L., López, A. & Hidalgo, M. (2009a). Psicoeducación grupal en pacientes con ansiedad y depresión: Intervención enfermera. *Revista Presencia*, jul-dic, 5(10).
- Casañas, R., Raya, A., Ibañez, L. & Valls, M.M. (2009b). Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y Depresión en Atención Primaria de Barcelona. *Atención Primaria*, 41(4),227-232.



- Casañas, R., Catalán, R., Val, J.L., Real, J., Valero, S. & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18, 12(1), 230.
- Casañas, R., Catalán, R., Penadés, R., Real, J., Valero, S., Muñoz, M.A., Lalucat-Jo, LL. & Casas, M. (2015). Evaluation of the Effectiveness of a Psychoeducational Intervention in Treatment-Naïve Patients with Antidepressant Medication in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *The Scientific World Journal*, september, Article ID 718607, doi:10.1155/2015/718607.
- Castanyer O. (1996). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Christensen, H., Griffiths, K.M., & Jorm, A.F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 328,265-268.
- Christensen, H., Griffiths, K.M., Gulliver, A., Clack, D., Kljakovic, M. & Wells, L.( 2008). Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *British Medical Family Practice*, 5(9), 25.
- Cibanal, J., Arce, M.C. & Caballal, M.C. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Ed. Elsevier.
- Clark, L. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3 Aug), 316-336.
- Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L., Kelleher, C., (...) & Nunley S. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4(3),e14.
- Clarke, G., Eubanks, D., Reid,E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L. (...) & Gullion, C.( 2005). Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): A Randomized Trial of a Self-Help Depression Skills Program with Reminders. *Journal of Medical Internet Research*, Apr-Jun, 7(2), e16.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd edition New Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Colom, F. & Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Médica.
- Colom, F. (2011). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *British Journal Psychiatry*, 198(5),338-40.
- Coyne, J.C., Thompson, R., Klinkman, M.S. & Nease, D.E. (2002). Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 798-809.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: a meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" course. *Behavior Therapy*, 29, 521-533.
- Cuijpers, P., Smit, F. & van Straten, A. (2007a). Psychoeducational treatment of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 115,434-441.
- Cuijpers, P., van Straten, A & Warmerdam, L. (2007b). Behavioral activation treatments of depression: A meta- analysis. *Clinical Psychology Review* 27, 18-326.
- Cuijpers, P., van Straten, A. & Warmerdam, L. (2008).Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *European Journal of Psychiatry*, 22( 1), 38-51.
- Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G.N. & Lewinsohn, PM. (2009a), Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "Coping with Depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29,449 - 58.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Shaick, A. & Andersson G. (2009b). Psychological treatment of depression in primary care: A meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 59, 120-127.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 354-364.
- Dalgard, O.S. (2006). A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540) *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2, 15.

- Dan, A.A. & Younossi, Z.M. (2010). Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life. En V.R. Preedy & R.R. Watson (Ed.), *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* (pp.3501-3509). New York: Springer.
- Demyttenaere, K., Enzlin, P., Dewe, P., Boulanger, B., de Bie, J., de Troyer, W. & Mesters, P. (2001). Compliance with antidepressants in a primary care setting: Beyond lack of efficacy and adverse events. *Journal Clinical Psychiatry*, 62, 30-3.
- Donker, T., Griffiths, K.M., Cuijpers, P. & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7, 79.
- Dorman, P.J., Dennis, M. & Sandercock, P. (1999). How do scores on the EuroQol relate to scores on the SF-36 after stroke?. *Stroke*, 30(10), 2146-51.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J.L., Dalgard, O.S., Page, H., Lehtinen, V. (...) & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. *British Medical Journal*, 321, 1450-4.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A & Grieger, R. (1994). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- ESEMeD /MHEDEA group (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 21-27.
- EuroQol Group (1990). EuroQol- a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Gabarrón, E., Vidal, J.M., Haro, J.M., Boix, I., Jover, A. & Arenas, M. (2002). Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en Atención Primaria. *Revista Atención Primaria*, 29(6), 285-288.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J.M., Fernández, A., Pinto-Meza, A. & J. Alonso. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal Affective Disorders*, 120(1-3), 76-85.

- Gabilondo, A., Artaza, N., De la Rica, J.A., Retolaza, A., Ortueta, P. & Prieto, L. (2012). Hacia un modelo colaborativo de la atención a la Depresión en Euskadi: El Proyecto BTS Elkarlanean Depresión. *Norte de salud mental*, vol. X (43), 60-71.
- García-Campayo, J., Hidalgo-Campos, I. & Orozco-González, F. (2006). *Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria*. Barcelona: Ars medica.
- Gelenberg, A.J., Freeman, M.P., Markowitz, J.C., Rosenbaum, J.F., Thase, M. E., Trivedi, M.H. & Van Rhoads, R.S. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. Third Edition. American Psychiatric Association, Arlington Virginia. Gilmour, H., 2008.
- Gilaberte, I. (2004). *Nuevas perspectivas en la depresión*. Madrid: Aula Médica.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289, 3145-51.
- Gilbody, S. (2008). Depression in older adults: collaborative care model seems effective. *Evidence-Based Mental Health*, 11(2), 44.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-45.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
- Guimón J. (2003). *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas* (2001). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hansson, M., Bodlund, O. & Chotai, J. (2008). Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105, 235-240.
- Haro, J.M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. (...) & Alonso J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barc)*, 126(12), 445-51

- Hays, R.D., Wells, K.B. & Sherbourne, C.D. (1995). Functioning and well-being outcomes of depressed patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52, 11-19.
- Herdman, M., Badia, X. & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Revista Atención Primaria*, 28 (6), 425-429.
- Hollon, S.D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirical supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27, 891-932.
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-23.
- Hunkeler, E.M., Meresman, J.F., Hargreaves, W.A., Hargreaves, W.A., Fireman, B., Berman, W.H. (...) & Salzer, M. (2000). Efficacy of Nurse Telehealth Care and Peer Support in Augmenting Treatment of Depression in Primary Care. *Archives of Family Medicine*, 9, 700-708.
- Huynh-Nhu, L. & Boyd, R.C. (2006). Prevention of major depression: early detection and early intervention in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, 3, 1,6-22.
- Jamison, C. & Scogin, F. (1995). The Outcome of Cognitive Bibliotherapy with Depressed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 644-650.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1996). *Terapia de grupo*. Madrid: Panamericana.
- Kates, N. & Mach, M. (2007). Chronic disease management for depression in primary care: a summary of the current literature and implications for practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 77-85.
- Katon, W., Rutter, C., Ludman, E.J., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G. (...) & Unützer, J. (2001). A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Archives General Psychiatry*, 58, 241-7.
- Kazis, L.E., Anderson, J.J. & Meenan, R.F. (1989). Effect sizes for interpreting changes in health status. *Medical Care*, 27(3 Suppl), S178-S189.

- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R. (...) & Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-105.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives General Psychiatry*, 62, 593-602.
- King, M., Nazareth. I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S. (...) & Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 362-7.
- Kruijshaara, M.E., Hoeymansa, N., Bijlc R.V., Spijkerc, J. & Essink-Bot M.L. (2003). Levels of disability in Major Depression Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 77, 53-64.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. & Muñoz, M. (1999). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámides.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Díez-Manrique, F.J. & Dowrick, C.F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57, 261-265.
- Lawrence, I., Shaffer, S. & Shaffer C. (1993). *Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lewinson, P.M., Antonuccio, D.O., Breckenridge, J.S., Steinmetz, J., Teri, L. (1984). *The coping with depression course. A psychoeducational intervention for unipolar depression*. United States of America: Castalia Publishing Company.
- Lingam, R. & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3):164-172.
- Lin, E.H., Von Korff, M., Katon, W., Bush, T., Simon, G.E., Walker, E. & Robinson, P. (1995). The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, 33, 67-74.
- Lindenfield, G. (1996) *Autoestima*. Barcelona: Plaza and James.

- Maddox, J.C., Levi, M. & Thompson, C. (1994). The compliance with antidepressants in general practice. *Journal of Psychopharmacology*, 8, 48–53.
- Mataix, J. (2002). Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ergon.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G. & Weiss, M. (2009) Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11, e15.
- Méndez, F.X., Olivares, J. & Maciá, D. (1993). *Modificación de conducta y programas aplicados a grupos*. En D. Maciá, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 27-44). Madrid: Pirámide.
- McCloskey, J. & Bulechek, G.M. (2007). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Versión en español de la cuarta edición de la obra original en inglés. Ed. Mosby Madrid: Elsevier.
- Morokuma, I., Shimodera, S., Fujita, H., Hashizume, H., Kamimura, N., Kawamura, A. (...) & Inoue, S. (2013). Psychoeducation for major depressive disorders: a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 210,134–9.
- Mulrow, C.D., Williams, J.W., Gerety, M.B., Ramirez, G., Montiel, O.M. & Kerber, C. (1995). Casefinding instruments for depression in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 122,913–921.
- Muñoz, R., Ying, Y., Bernal, G., Perez-Stable, E., Sorensen, J. & Hargreaves, W. (1995). Prevention of Depression with Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Community Psychology*, 23(2), 199-222.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression (2009). *The treatment and management of depression in adults*. London: The British Psychological Society; Informe No.: 90.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2009). *The treatment and management of depression in adults* (updated edition) National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE). The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. London.

- North American Nursing Diagnosis Association (1999). *Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 1999-2000*. Madrid: Harcourt, DL.
- Nuevo, R., Leighton, C., Dunn, G. Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S. (...) & Ayuso-Mateos, J.L. (2010). Impact of severity and type of depression on quality of life in cases identified in the community. *Psychological Medicine*, 40, 2069–2077.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Tedeschi, M. & Wan, G.J. (2006). Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163, 101-8.
- Oller- Canet, S., Lacasta Tintorer, D., Castro Rodríguez, J.I., García-Lecina, R, Flamarich-Zampalo, D., Font-Canal, T., Fernández San Martín, M. I. & Martín López, L.M. (2011). ¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepresivo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(5), 288-93
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Meditor.
- Palacín, M. (2004). *Grupos para la promoción de la salud*. En : S. Sáez Cardenas & R.M. Pérez Calvo (Eds). *El Grupo en la Promoción y Educación para la salud* ( pp). Lleida: Milenio.
- Palao, D.J., Pérez-Solà, V., Aragonés, E. & Jódar, I. (2010). *Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult*. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- Paolini, E. (1996). Psicoterapia de grupo breve en la asistencia pública de salud mental. *Clínica y Análisis Grupal*, 73, 18 (3), 355-377.
- Párraga, I., López-Torres, J., del Campo, JM., Villena, A., Morena, S., Escobar, F. Rabadán y grupo ADSCAMFYC (2014). Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo. *Revista Atención Primaria*, 46(7), 357-366.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del psicólogo*, 28 (2), 97-110.



- Peveler, R., George, C., Kinmonth, A.L., Campbell, M. & Thompson, C. (1999). Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 319, 612-5.
- Pickard, A.S., Neary, M.P. & Cella, D. (2007). Estimation of minimally important differences in EQ-5D utility and VAS scores in cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5,70.
- Pla de Salut (2000). *Quadern núm. 11. Recomanacions per a l'atenció als problemes de salut més freqüents en l'atenció primària de salut*. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Preventive Services Task Force (2009). Screening for depression in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 1, 151(11), 784-92.
- *Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con Depresión leve/moderada en Atención Primaria* (2009). PI07/90712. Institut Català de la Salut. Àmbit de Atención Primaria de Barcelona Ciudad, Barcelona.
- Rapaport, M.H. & Judd, LL. (1998). Minor depressive disorder and subsyndromal depressive symptoms: functional impairment and response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 48(2-3), 227-32.
- Raya, A., Casañas, R., Fernández, E.M., Escudero, A., Falder, I.A. & Campo, M.A. (2010). Programa de psicoeducación para pacientes con sintomatología depresiva leve/moderada. *Revista Presencia*, jul-dic, 6(12).
- Richter, R., Wemer, J., Heerlein, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck. Depression Inventory: A review. *Psychopathology*, 31,160-168.
- Riedel, M., Möller, H.J., Obermeier, M., Schennach-Wolff, R., Bauer, M., Adli, M. (...) & Seemüller, F. (2010). Response and remission criteria in major depression. A validation of current practice. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1063-1068.
- Roldán, G.M. y Fernández, M.C. (1993). *Intervención cognitivo-conductual en un grupo de amas de casa con problemas ansioso-depresivos*. En D. Maciá, F.X. Méndez y J. Olivares ( Eds). *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (pp. 45-80). Madrid: Pirámide.

- Roselló, M.J. ( 2006).*La importancia de comer sano y saludable*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Sáez, S. & Pérez, R.M. (2001).*El Grupo en la Promoción y Educación para la salud*. Lleida: Milenio.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Fernández, A., Alberti, C., Sabes-Figuera, R., Molina, C. & Knapp, M. (2011). Costs of depression in Catalonia (Spain). *Journal of Affective Disorders*, 132, 130–138.
- Seedat, S., Haskis, A. & Stein, D.J. (2008) Benefits of consumer psychoeducation: a pilot program in South Africa. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38,31–42.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto- Meza, A., Lujan, L., Fernández, A. ( ...) & Haro, J.M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 201-210.
- Sherbourne, C., Wells, K., Duan, N., Miranda, J., Unutzer, J., Jaycox, L. (...) & Rubenstein, L. (2001). Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archieve General Psychiatry*, 58,696–703.
- Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M., Skoda, S. & Clement, S. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicenter randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 320, 1038-43.
- Sicras, A., Blanca, M., Gutiérrez-Nicuesa, L., Salvatella, J. & Navarro, R. (2010). Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la Depresión Mayor en España: estudio longitudinal del ámbito poblacional. *Gaceta Sanitaria*, 24(1),13-9.
- Simon, G.E., Von Korff, M., Ludman, E.J., Katon, W.J., Rutter, C., Unutzer, J. (...) & Walker, E. (2002). Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Medical Care Journal*, 40,941–50.

- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K. (...) & Inoue, S. (2011). Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198, 385–90.
- Shimodera, S., Furukawa, T.A., Mino, Y., Shimazu, K., Nishida, A. & Inoue, S. (2012). Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: results from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. *BMC Psychiatry*, 12, 40.
- Sprangers, M.A.G., de Regt, E.B., Andries, F., van Agt, H.M.E., Bijl, R.V., de Boer, J.B. (...) & de Haes, H.C.J.M. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895–907.
- SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, version 18.0. Chicago: SPSS Inc.
- Steer, R.A., Cavalieri, T.A., Douglas, M.L & Beck, T.A. (1999). Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to Screen for Major Depression Disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21, 106–111.
- Swan, J., Sorrell, E., MacVicar, B., Durham, R. & Matthews, K. (2004). Coping with depression”: an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 125–129.
- Teri, L. & Lewinsohn, P.M. (1986). Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of outcome. *Behavior Therapy*, 17, 215-228.
- Terwee, C.B., Dekker, F.W., Wiersinga, W.M., Prummel, M.F. & Bossuyt, P.M.M. (2003). On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: guidelines for instrument evaluation. *Quality of Life Research*, 12, 349-362.
- Tierno, M., Cassinello, C., Rey E. y Maldonado, S. (2003). Educación Grupal en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad. *Revista Metas de enfermería*, 6(52), 6-10.
- Tomlinson, B.E. & Skinner, C. E. (1941) (Ed). En P.L. Harriman (Ed), *Child psychology: Child development and modern education* (pp. 419-441). New York, NY, US: MacMillan.

- Tursi, M.F., Baes, C.V., Camacho, F.R., Tofoli, S.M. & Juruena, M.F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 1019.
- Üstün, T.B., Ayuso-Mateos, S., Chatterji, S., Mathers, C. & Murray, C.J.L. (2004). Global burden of depressive disorders in year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.
- Vallbona, C., Roure, E., Violan, F. M. i Alegre, J.V. (2007). Guia de prescripció d'exercici físic per a la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Van Agt, H.M., Essink-Bot, M.L., Krabbe, P.F. & Bonsel, G.J. (1994). Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Social Science & Medicine*, 39(11), 1537-44.
- Van Schaik, D.J., Klijn, A.F., van Hout, H.P., van Marwijk, H.W., Beekman, A.T., de Haan, M. & van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26(3), 184-9.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10(1), 59-81.
- Vinogradov, S. & Yalom, I.D. (1996). *Guía Breve de psicoterapia de grupos*. Barcelona: Paidós.
- Von Korff, M., Katon, W., Rutter, C., Ludman, E., Simon, G., Lin, E. & Bush, T. (2003). Effect on disability outcomes of a depression relapse prevention program. *Psychosomatic Medicine*, 65, 938-43.
- Vos, T., Corry, J., Haby, M.M., Carter, R. & Andrews, G. (2005). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for major depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 683-692
- Wahlbeck, K. & Mäkinen, M. (2008). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M. (...) & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.

- Wells, K.B. & Sherbourne, C.D. (1999). Functioning and Utility for Current Health of Patients With Depression or Chronic Medical Conditions in Managed, Primary Care Practices. *Archives General Psychiatry*, 56, 897-904.
- Wells, K., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unutzer, J. ( ... ) & Rubenstein, L.V. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*, 283, 212-20.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E. (...) & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382, 1575-86.
- Willemsse, G.R.W.M., Smit, F., Cuijpers, P. & Tiemens, B.G. (2004). Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 185, 416-421.
- Winter, L., Steer, R.A., Jones-Hicks, L. & Beck, A.T. ( 1999). Screening for major depression disorders with the Beck Depression Inventory for Primary Care in adolescent medical outpatients. *Journal of Adolescent Health*, 24, 389-394.
- World Health Organization (2012). Depression. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Yalom, I.D. & Glick, I.D. (1990). Tratamiento de la depresión: técnicas clínicas actuales. España: Granica Ediciones.
- Zigmong, A.S. & Snaith, R.P. (1983).The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70.



## **10. ANEXOS**





## **Anexo 1:** Protocolo de la intervención grupal Psicoeducativa

- Grupo de trabajo del Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con Depresión leve/moderada en Atención Primaria. Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con Depresión leve/moderada en Atención Primaria PI07/90712. Institut Català de la Salut. Àmbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad, Barcelona, 2009.



# PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVO PARA PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE/MODERADA EN ATENCIÓN PRIMARIA



**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN GRUPAL  
PSICOEDUCATIVO PARA PACIENTES CON  
DEPRESIÓN LEVE/MODERADA  
EN ATENCIÓN PRIMARIA**



Este protocolo de intervención grupal ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el marco de la convocatoria de Ayudas a Proyectos de Investigación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2007 del Instituto de salud Carlos III.

© Institut Català de la Salut  
Àmbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad

**Edición:** Barcelona, abril de 2009

**Coordinación editorial:** Gabinete de Comunicación Integral y Relaciones Externas.  
Àmbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad

**Revisión lingüística:** Toni Mercadal Moll

**Diseño gráfico del logotipo:** Helena Alexia Tena Soria

**Ilustración:** laVi ([www.lavidisseny.com](http://www.lavidisseny.com))

Depósito legal: B-15.506-2010

Este protocolo se debería citar:  
Grupo de trabajo del Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en atención primaria. PI07/90712

Coordinación:

**Rocío Casañas Sánchez**

Psicóloga. Centre d'Higiene Mental Les Corts.

Autores (por orden alfabético):

**Jordi Armengol Vallés**

Psicólogo y enfermero. Direcció de Planificació, Compra i Avaluació. Regió Sanitària de Barcelona.

**M. Antonia Campo Osaba**

Enfermera. Equipo de Atención Primaria Sanllhey. Referent de salut mental del Servei d'Atenció Primària Dreta.

**Amparo Escudero Soler**

Enfermera especialista en salud mental. Centre de Salut Mental Les Corts.

**Inés Falder Serna**

Enfermera. Equip d'Atenció Primària Consell de Cent-Bordeta Magòria. Referent de salut mental del Servei d'Atenció Primària Esquerra.

**Eva M. Fernández Linares**

Enfermera. EAP Horta 7F. Referent de salut mental del Servei d'Atenció Primària Muntanya.

**M. Teresa García Tarafa**

Psicóloga clínica. Centre de Salut Mental Sarrià-Sant Gervasi.

**Isabel Moya Colacios**

Enfermera especialista en salud mental. Unitat de Salut Mental Badia del Vallès.

**Elena Puigdevall Grau**

Psicóloga y enfermera. Direcció de Planificació, Compra i Avaluació. Regió Sanitària de Barcelona.

**Antonia Raya Tena**

Enfermera. EAP Raval Nord. Referent de salut mental del Servei d'Atenció Primària Litoral.

**M. Teresa Romero Pina**

Enfermera especialista en salud mental. Centre Salut Mental Sarrià-Sant Gervasi.

## Colaboradores (por orden alfabético):

- Josep Agudo Ugena (enfermero, Equip d'Atenció Primària La Mina).
- M. Antonia Aymar Fabrega (enfermera, Equip d'Atenció Primària Sant Andreu 9D).
- Mercè Carbonell Canals (enfermera, Equip d'Atenció Primària Sagrera 9A).
- M. Rosina Crespo López (enfermera, Equip d'Atenció Primària Sant Elies 5B).
- Carmen Donlo Rey (enfermera, Equip d'Atenció Primària Sagrera 9A).
- Vicenta Estrada Mui (enfermera, Equip d'Atenció Primària Rio de Janeiro 8D).
- Elisabet Ferré Vidal (enfermera, Equip d'Atenció Primària Congrés 9C).
- M. Magdalena Gámez Espinosa (enfermera, Equip d'Atenció Primària Pare Claret 6A).
- M. Ángeles Gil Milà (enfermera, Equip d'Atenció Primària Sant Andreu 9D).
- Trini González Ferrer (enfermera, Equip d'Atenció Primària Horta 7F).
- M. Carme Grané Torradeflot (enfermera, Equip d'Atenció Primària Sant Elies 5B).
- M. Lourdes Lasasosa Medina (enfermera, Equip d'Atenció Primària Passeig Sant Joan 2H).
- Cristina Menéndez Nadal (enfermera, Equip d'Atenció Primària Congrés 9C).
- Teresa Muñoz Doñate (enfermera, Equip d'Atenció Primària Montnegre 4A).
- Cristina Murillo Anzano (enfermera, Equip d'Atenció Primària La Mina).
- M. José Ochoa Rodrigo (enfermera, Equip d'Atenció Primària Turó 8C).
- Núria Ortiz Escoda (enfermera, Equip d'Atenció Primària Turó-Vilapicina 8A).
- Fani Rodrigo de Pablo (enfermera, Equip d'Atenció Primària Passeig Sant Joan 2H).
- Núria Rosell i Reig (enfermera, Equip d'Atenció Primària Sagrera 9A).
- Eva Sadurní Bosch (enfermera, Equip d'Atenció Primària Horta 7F).
- Carmen Sardà Lloret (enfermera, Equip d'Atenció Primària Pare Claret 6A).
- Pilar Tarragó Espí (enfermera, Equip d'Atenció Primària Rio de Janeiro 8D).

## Revisores externos:

### **Dr. Miquel Casas**

Psiquiatra. Cap del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron.  
Catedrático de Psiquiatria de la Universitat Autònoma de Barcelona.

### **Dra. Mercè Teixido**

Psiquiatra. Psicòloga clínica. Coordinadora del Centre Salut Mental Sarrià-Sant Gervasi,  
Barcelona.

### **Dr. Josep Maria Recasens**

Psiquiatra. Centre Pi i Molins, Barcelona.

### **Sra. Yolanda Lejardi Estévez**

Responsable de l'Àrea d'Infermeria d'Atenció Primària.  
Àmbit de Barcelona Ciutat. Institut Català de la Salut.

### **Comitè de Salut Mental d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat**

**Dr. Ramon Ciurana.** Médico. Equip d'Atenció Primària La Mina.

**Dra. Eulàlia Torrent.** Médica. Equip d'Atenció Primària Poble Sec.

**Dr. Xavier Fernández.** Médico. Equip d'Atenció Primària Sant Andreu.

**Dr. J. Antonio Pérez.** Médico. Equip d'Atenció Primària Carmel.

**Sra. M. Ángeles Fuertes.** Trabajadora Social. Equip d'Atenció Primària Via Barcino.

### **Grup Tècnic de Salut Mental a l'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut.**

### **Sra. Isabel Montull Sanz**

Enfermera especialista en salut mental. Equip d'Atenció Primària Sant Andreu 9G.

### **Sra. Teresa Cervelló Rodon**

Enfermera especialista en salut mental. Equip d'Atenció Primària Sant Andreu 9G.

### **Sra. M. Mercè Valls Colomer**

Enfermera. Equip d'Atenció Primària Raval Nord 1E.



## Entidades colaboradoras:

- Centre Higiene Mental Les Corts. Barcelona.
- Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
- Institut d'Investigació en Atenció Primària, IDIAP Jordi Gol. Barcelona.
- Instituto de Salud Carlos III. Madrid.



## ÍNDICE

1. Presentación.....	13 pág.
2. Introducción.....	17 pág.
3. Descripción de la intervención grupal.....	21 pág.
4. Proceso de derivación de pacientes. ....	23 pág.
4.1. Circuito de captación de pacientes.....	23 pág.
4.2. Coordinación entre atención primaria y salud mental.....	24 pág.
4.3. Formación profesional de enfermería.....	24 pág.
5. Programa de sesiones grupales	
• 1ª sesión. Toma de contacto con el grupo.....	29 pág.
• 2ª sesión. Activación conductual I.....	37 pág.
• 3ª sesión. Activación conductual II.....	45 pág.
• 4ª sesión. Como cuidarse para avanzar I.....	57 pág.
• 5ª sesión. Técnica de resolución de problemas I.....	75 pág.
• 6ª sesión. Técnica de resolución de problemas II.....	75 pág.
• 7ª sesión. Autoimagen y autoestima.....	89 pág.
• 8ª sesión. Asertividad.....	97 pág.
• 9ª sesión. Como cuidarse para avanzar II.....	109 pág.
• 10ª sesión. Los pensamientos positivos I.....	121 pág.
• 11ª sesión. Los pensamientos positivos II.....	121 pág.
• 12ª sesión. Despedida del grupo.....	131 pág.
6. Clasificación de las intervenciones de enfermería que se han utilizado en las sesiones grupales .....	136 pág.
7. Conclusiones.....	139 pág.
8. Referencias bibliográficas.....	140 pág.
9. Anexos	
9.1. Hoja de derivación al grupo psicoeducativo.....	149 pág.
9.2. Escalas de evaluación	
• Inventario de Beck.....	151 pág.
• Cuestionario EuroQoL-5D.....	155 pág.
• Termómetro del estado de salud.....	157 pág.
• Encuesta de satisfacción.....	159 pág.
9.3. Hoja de observación.....	161 pág.

# 1. Presentación

El documento que os presentamos es un protocolo de intervención grupal psicoeducativa para pacientes con depresión leve/moderada que ha sido creado específicamente para la realización del estudio, financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, “Evaluación de la efectividad y eficiencia de un programa de enfermería de intervención grupal psicoeducativa en pacientes con trastorno depresivo leve desarrollado en los equipos de atención primaria de Barcelona Ciudad. PI07/90712”, en el marco de la convocatoria de Ayudas a Proyectos de Investigación de “Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2007” del Instituto de salud Carlos III.

Para llevar a término este protocolo nos hemos basado en dos guías editadas por el Instituto Catalán de la Salud, elaboradas para la realización de este tipo de intervención grupal en la atención primaria de Barcelona:

- Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. *Guia per a la infermera. Sessions grupals psicoeducatives en l'episodi depressiu a l'atenció primària*. Barcelona: Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006<sup>(9)</sup>.
- Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. *Guia per a la infermera. Sessions grupals psicoeducatives en el trastorn d'ansietat a l'atenció primària*. Barcelona: Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006<sup>(10)</sup>.

Este protocolo pretende conseguir la homogeneización de las intervenciones grupales que hacen las enfermeras/os de los diversos Equipos de Atención Primaria (EAP) que participan en esta investigación.

Asimismo, el objetivo final del estudio es desarrollar una nueva herramienta de intervención en el tratamiento de las depresiones leves que se pueda utilizar desde el

ámbito de enfermería de atención primaria y que se integre en la continuidad asistencial de las intervenciones que recibe el paciente, tanto desde la atención primaria como desde la especializada en salud mental. En este protocolo, se ha querido dar mucha importancia a los aspectos prácticos de cada sesión y a las tareas que el paciente debe hacer en casa. Por esto, en cada sesión se utiliza como herramienta de trabajo un material didáctico y se llevan a término una o varias dinámicas grupales para facilitar la participación de los miembros del grupo. También, para cada sesión, hay una actividad que los pacientes deben llevar a cabo durante la semana. De esta manera se quiere potenciar el papel activo de la persona que forma parte del grupo y su implicación en la propia educación sanitaria, en la adquisición de recursos y habilidades y, por lo tanto, en su cambio. El objetivo es favorecer la autocura y la corresponsabilidad del paciente en su estado de salud. Se ha elaborado un documento en PowerPoint que contiene todo el material didáctico que se utiliza como apoyo de las sesiones y se ha grabado en un disco compacto para entregarlo al personal de enfermería conductor de los grupos.

Este documento, lo componen las 12 sesiones que forman el protocolo de intervención grupal y para cada sesión se mencionan las intervenciones de enfermería correspondientes. Dado que algunas intervenciones no son específicas de una sola sesión, sino que se podrían desarrollar en más de una, se ha valorado crear un documento aparte dónde se recojan de manera global todas las intervenciones de la Clasificación de las intervenciones de enfermería, Nursing Intervention Classification (NIC), que se han utilizado (26, 35).

Como documentación anexa encontramos: a) hoja de derivación/acogida al grupo, con sus criterios de inclusión/exclusión para este tipo de intervención grupal en concreto; b) hoja de observación de la sesión; c) los instrumentos de evaluación utilizados preintervención y postintervención grupal (Beck Depression Inventory y EuroQoL), y d) una documentación complementaria para cada sesión grupal, como información de interés para la enfermera/o que lleva a cabo la sesión.

El grupo que ha elaborado este protocolo está formado por enfermeras de atención primaria, enfermeras especialistas en salud mental, psicólogos y profesionales sanitarios con experiencia en este tipo de intervención grupal.

También ha colaborado el personal de enfermería de atención primaria de Barcelona ciudad con una experiencia de más de dos años en este tipo de intervención grupal psicoeducativa con pacientes con ansiedad y depresión leve/moderada.

## 2. Introducción

La depresión y la ansiedad son dos de los trastornos mentales más frecuentes en nuestra sociedad. Normalmente, provocan una discapacidad importante, sufrimiento y limitaciones a la persona que las sufre, llegando a perjudicar su actividad en varios ámbitos de la vida como por ejemplo la ocupacional y la psicosocial, y están asociadas significativamente además a la morbilidad y a la mortalidad<sup>(14)</sup>.

Según la OMS, los trastornos mentales de ansiedad y depresión se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, aun cuando hay variaciones culturales en su incidencia<sup>(36)</sup>. La depresión ocupa el cuarto lugar dentro de las patologías más prevalentes en la actualidad, puesto que afecta a alrededor de 121 millones de personas en todo el mundo<sup>(37)</sup>, y se calcula que el año 2020 se situará en segundo lugar, detrás de las patologías coronarias<sup>(37)</sup>.

Estudios epidemiológicos han revelado la alta prevalencia de la depresión. Entre el 9% y el 20% de la población estará afectada por una depresión durante su vida<sup>(42)</sup> y un estudio (Global Burden of Disease [1997])<sup>(32)</sup> considera la depresión como la cuarta enfermedad más importante en términos de impacto clínico, social y mental, por la carga que comporta.

La alta prevalencia de los trastornos mentales se relaciona con las transformaciones de nuestra sociedad, la falta de apoyo familiar y social, la soledad, la ruptura de las redes sociales, el aumento de patologías orgánicas crónicas relacionadas con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población<sup>(42, 43)</sup>.

La OMS hace mucho énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mentales. Considera la salud mental como un recurso, como un valor por sí misma y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico de las personas.

La promoción de la salud mental tiene el objetivo de fomentar una salud mental positiva que aumente el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional y cree condiciones y entornos favorables de vida<sup>(36)</sup>. Para la prevención de los trastornos mentales se remarca la necesidad<sup>(36,37)</sup> de un proceso de movilización de los recursos locales, estatales, nacionales e internacionales para resolver problemas importantes de salud que afectan a las comunidades (Detels y otras, 2002 [16]), así como para detectar precozmente los trastornos para minimizar el riesgo de evolución disfuncional.

En la atención primaria, los trastornos depresivos se sitúan en una prevalencia de un 5% a un 9% en las mujeres y de un 2% a un 4% en los hombres; con cifras más altas en las mujeres entre los 12 años y los 55 años<sup>(38)</sup>. Por esto, la atención primaria es el ámbito fundamental en la detección y el abordaje de los trastornos depresivos leves, según las directrices del *Pla director de salut mental i addiccions del Departament de Salut*<sup>(42)</sup>, y siguiendo la línea de la *Declaración europea de salud mental* (Helsinki, 2005) y de las *Estrategias en el Sistema Nacional de Salud* (2006) del Estado español.

Pese a que los tratamientos psicológicos y los psicoeducativos se han mostrado tan eficaces como los farmacológicos e, incluso, más eficientes, estos últimos son los más extendidos dentro de la Sanidad Pública, a pesar de su controvertida eficacia. Es más, muchas personas abandonan los tratamientos farmacológicos a causa de sus efectos secundarios y, por lo tanto, restan sin tratamiento, con las consiguientes limitaciones sociales, familiares y laborales que esto comporta<sup>(17)</sup>.

Según un informe de la OMS, hay estudios que demuestran que los programas en formato grupal con el objetivo de educar al paciente para una cognición positiva evitan los estilos de pensamiento negativo y mejoran las habilidades de solución de problemas, además de demostrar efectos significativos en la reducción de los síntomas depresivos y en la prevención de los episodios de depresión. Los estudios valoran que estos programas son

intervenciones indicadas para personas con un trastorno depresivo leve/moderado y para los pacientes de atención primaria<sup>(37)</sup>.

Las terapias psicológicas que han demostrado su eficacia en este perfil de pacientes son la terapia cognitiva, la terapia interpersonal y la terapia conductual<sup>(22)</sup>. A partir de los años 90 han ido emergiendo las denominadas terapias de “tercera generación” dentro de las terapias cognitivoconductuales. Una de estas terapias es la activación conductual, que nace de las investigaciones realizadas por Jacobson y otros, el 1996<sup>(25)</sup>, y que sirve para verificar cual de los componentes de las terapias psicológicas tenía más peso en la mejora de los pacientes. Los estudios muestran que la terapia de activación conductual es tan eficaz como la aplicación de toda la terapia cognitivoconductual. Según estas terapias de “tercera generación”, la depresión se entiende dentro del contexto de las circunstancias personales, alejada de las explicaciones que la consideran una “avería” interna, psiquiátrica o psicológica. Los síntomas se valoran como intentos o esfuerzos fallidos por resolver un problema de la vida. El enfoque de la depresión es más, pues, una situación en la cual una persona está, y no el concepto de “enfermedad” que uno tiene dentro de la cabeza.

Desde la perspectiva de estas nuevas terapias, la visión de la persona depresiva cambia; tiene un papel más activo en relación con su problema, puesto que puede modificar las condiciones reales que lo originan, y no se concibe a la persona depresiva como un sujeto pasivo, receptor de remedios que fomentan que se sienta desvalido y que se instale en el rol de “enfermo”.

La psicoeducación es una intervención útil para la prevención y la promoción de la salud en el ámbito de la salud mental. Según la bibliografía, se recomiendan las intervenciones psicoeducativas, tanto individuales como grupales, como tratamiento de elección o alternativo para estos trastornos.



La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren un trastorno mental con el objetivo que entiendan y sean capaces de convivir con sus dificultades. Refuerza los puntos fuertes, los recursos y las habilidades de los pacientes para hacer frente a su situación, para evitar recaídas y contribuir a la salud y el bienestar propios. También tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psiquiátricos y a la disminución de las barreras para su tratamiento. La intervención educativa se basa en la intervención activa del paciente, en el análisis de su problema y en su solución<sup>(1, 24)</sup>.

En el ámbito del grupo se informa a la vez a varios pacientes sobre su enfermedad y se posibilitan los intercambios de experiencias entre ellos. Se crea un espacio de apoyo mutuo. La duración del trabajo con el grupo oscila en función de los contenidos, la patología, el número de miembros y de su adhesión. Los contextos sanitarios más habituales para llevar a cabo grupos psicoeducativos son: hospitales, centros de atención primaria, de especialidades y de salud mental<sup>(27, 40)</sup>.

La enfermería ha desarrollado un rol muy importante en la prevención y la promoción de la salud mental en atención primaria y en la creación de grupos de educación sanitaria y/o psicoeducativos. A causa de los cambios de nuestra sociedad, el rol de la enfermería ha ido cambiando y adaptándose a la nueva realidad y a las nuevas necesidades sociales<sup>(11)</sup>. La participación del personal de enfermería en el proceso de salud del paciente, la valoración del cumplimiento del tratamiento, el acompañamiento psicológico y el apoyo a la familia es fundamental<sup>(43)</sup>. Se puede considerar que la enfermería en la atención primaria es una pieza clave para el sostenimiento, la educación sanitaria, el vínculo terapéutico y la cura de los pacientes con depresión<sup>(43)</sup>. Estas intervenciones han de ofrecerse integradas en el proyecto terapéutico del paciente, tanto desde la atención primaria como desde la especializada en salud mental.

### 3. Descripción de la intervención grupal psicoeducativa

La intervención consta de 12 sesiones de una duración de 90 minutos, con una periodicidad semanal, guiadas por dos enfermeras/os: una de ellas actúa como conductora del grupo y la otra como observadora. Además de los profesionales, el número de participantes por grupo oscila de 8 o 12 personas.

- La intervención grupal se desarrolla en 3 fases:

**1ª fase.** El objetivo es que el paciente aumente los conocimientos sobre el trastorno, adquiera conciencia de la situación actual y conocimiento de sí mismo. Se trabajan varios métodos de autoayuda.

**2ª fase.** El objetivo es llegar al conocimiento de un estilo de vida saludable y la adquisición de conductas que favorezcan su salud.

**3ª fase.** Es la última fase y tiene como objetivo el análisis de los recursos para afrontar situaciones críticas. Se trabajan técnicas de resolución de problemas, de activación conductual y de relajación-respiración.

- La estructura de las sesiones

La sesión se desarrolla en tres partes. Una primera parte donde el objetivo principal es la información y la educación específica de cada sesión; una segunda parte donde el objetivo es el trabajo, mediante dinámicas grupales, del tema rebuscado en el primer tercio de la sesión, y una tercera parte de expresión de sentimientos, opiniones, dudas e inquietudes relacionados con el tema tratado durante la sesión. Cada sesión está estructurada del mismo modo:

1. Objetivo

2. Contenido

3. Desarrollo

- material didáctico
- dinámicas grupales

#### 4. Tareas para hacer en casa

A continuación, os realizamos una descripción de las 12 sesiones grupales, con los contenidos de cada sesión.

- Descripción de los contenidos de las 12 sesiones

<b>Sesiones</b>	<b>Contenido de la sesión</b>
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toma de contacto con el grupo</li><li>• Aprendizaje de una técnica de respiración</li></ul>
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Activación conductual I</li><li>• Educación e identificación de los síntomas</li></ul>
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Activación conductual II</li></ul>
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como cuidarse para avanzar I<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Alimentación</li><li>➤ Sueño</li><li>➤ Educación sobre el tratamiento farmacológico</li></ul></li></ul>
<b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Técnica de resolución de problemas I</li></ul>
<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Técnica de resolución de problemas II</li></ul>
<b>7</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autoimagen y autoestima</li></ul>
<b>8</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asertividad</li></ul>
<b>9</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como cuidarse para avanzar II<ul style="list-style-type: none"><li>➤ El uso del tiempo: el ritmo y la actividad diaria</li><li>➤ Actividad física</li></ul></li></ul>
<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los pensamientos positivos I</li></ul>
<b>11</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los pensamientos positivos II</li></ul>
<b>12</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Despedida del grupo</li><li>• Evaluación final</li></ul>

## 4. Proceso de derivación de pacientes

### 4.1. Circuito de captación de pacientes

1. El equipo que atiende al paciente (**médico/a y enfermero/a**) hace la detección de las personas con un posible diagnóstico de **depresión leve/moderada**. El médico/a lleva a cabo el diagnóstico. Si se detecta al paciente en la consulta de enfermería, hace falta que se comente el caso al médico/a y, si confirma el diagnóstico:

2. El paciente **rellena** el cuestionario de depresión de Beck (ver anexo 2), en la consulta de medicina o de enfermería. Según la puntuación del cuestionario se debe valorar su incorporación al grupo.

- Si cuestionario de Beck es  $\geq 10$  y  $< 30$  puntos: **inclusión al grupo**.
- Si cuestionario de Beck es  $< 10$  o  $\geq 30$  puntos: **exclusión del grupo**.

3. El médico/a rellena la *Hoja de derivación a los grupos psicoeducativos* de depresión leve/moderada (ver anexo 1), que hace llegar al grupo de enfermería responsable del grupo.

4. Las enfermeras/os responsables del grupo llevan a cabo las tareas siguientes:

- Hacen **la entrevista de acogida**.
- Cumplimentan el **Dossier de recogida de variables\*** del estudio.
- Piden al paciente que firme el **consentimiento informado**.

5. Si el paciente cumple las condiciones de inclusión al estudio, se lleva a término la aleatorización de la muestra en 2 grupos: *grupo intervención* (recibe intervención grupal) o *grupo control* (lista de espera).

6. Se lleva a cabo la intervención grupal, con una duración de 3 meses. La intervención grupal consta de 12 sesiones, una por semana.

7. Las enfermeras/os, al finalizar la intervención, hacen una evaluación de los pacientes del *grupo intervención* y del *grupo control*. Cumplimentan el **Dossier de recogida de variables\*** del estudio.

8. Se realiza también una evaluación de seguimiento a los 6 y 9 meses del inicio de la intervención grupal de todos los pacientes de los grupos *intervención* y *control*. Cumplimentan el **Dossier de recogida de variables\*** del estudio

\* Se ha creado un dossier de recogida de variables donde las enfermeras/os recogen los datos de los participantes en la investigación durante las cuatro evaluaciones.

#### **4.2. Coordinación entre Atención Primaria y la especializada en salud mental**

Es importante una buena coordinación entre la atención primaria y la especializada en salud mental a la hora de llevar a cabo este tipo de intervención grupal. En el período de reclutamiento de los pacientes para el grupo se pueden detectar personas con una depresión más grave, candidatas a ser derivadas al centro de salud mental de referencia para recibir el tratamiento correspondiente. También durante la intervención grupal y al finalizarla, algunos pacientes pueden solicitar o requerir que los visite un especialista en salud mental.

Cuando se forme uno de estos grupos se recomienda que:

- a . En las reuniones de interconsulta con el equipo del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) correspondiente, se informe del inicio del grupo y de los pacientes propuestos.
- b. Una enfermera/o del CSMA participe en el grupo y/o en el seguimiento del proceso del grupo, mediante reuniones específicas y de interconsulta. En estas reuniones se detecta si algún paciente puede necesitar un apoyo más específico.
- c . Se informe de la finalización del grupo en las reuniones de interconsulta con el CSMA y de las posibles incidencias que se hayan producido. Se valore si algún paciente debe ser atendido por los profesionales del CSMA.

#### **4.3. Formación de los profesionales de enfermería conductores de los grupos**

Las y los profesionales de enfermería que llevan a término este tipo de intervención grupal necesitan de una formación previa o unos conocimientos mínimos sobre la depresión (etiología, sintomatología característica, tratamiento farmacológico, alimentación...), sobre la conducción-observación de grupos sanitarios y sobre algunas técnicas como por ejemplo la resolución de problemas, la respiración y la activación conductual.

También es importante disponer de un espacio para poder hablar al grupo de las experiencias personales con otros compañeros y compañeras que también están haciendo la misma intervención grupal. Este espacio de apoyo, supervisión o consultoría es importante para el profesional de enfermería, puesto que le permite expresar experiencias y dudas y aprender de los compañeros y compañeras.

**Programa de sesiones grupales  
psicoeducativas  
Depresión leve/moderada**

# **1ª sesión**

## ***Toma de contacto con el grupo***



## 1ª sesión

- **Objetivo.** Toma de contacto con el grupo. Aprendizaje de una técnica de respiración.
- **Contenido**
  - Presentación de los profesionales sanitarios y de los miembros del grupo.
  - Explicación de las normas del grupo.
  - Explicación de la metodología de la intervención y de las ventajas de la terapia grupal.
  - Explicación de la técnica de respiración.

### Desarrollo de la sesión

1. Preparación del espacio físico. Para preparar la sala, se colocan las sillas en forma de circunferencia para que todas las personas se puedan ver las caras. Esta preparación de la sala se tiene que hacer antes de cada sesión.

2. Presentación de los profesionales sanitarios y explicación de los objetivos generales del grupo.

Los objetivos grupales son:

- Aumentar las capacidades para hacer frente al propio estado de ánimo mediante el aprendizaje y la práctica de técnicas específicas.
- Reconocer las dificultades que pueden implicar algunas de estas técnicas, según cada momento personal, pero animar a la participación y a la práctica diaria en casa.

3. Presentación de los miembros del grupo y de sus expectativas, con respecto a la intervención grupal.

4. Seguidamente, se pasa a detallar las normas del grupo, las ventajas y la metodología de la intervención grupal.

5. Se hace la explicación de la técnica de respiración y se comentan las tareas para hacer en casa.

## 1. Presentación de los miembros y de los profesionales sanitarios.

La presentación se ha de hacer mediante una dinámica grupal de una duración de entre 5 y 10 minutos.

Dinámica grupal

Individualmente, hace falta que el paciente:

- Se presente por el nombre de pila.
- Diga alguna cosa que *“le gusta hacer”* o que *“le gustaría hacer”* o que *“le gustaba hacer”*.
- Explicar qué quiere conseguir asistiendo al grupo (expectativas).

Se valora que la presentación la haga cada persona directamente al grupo, así se facilita su integración.

La persona que conduce el grupo va elaborando durante la presentación la lista de actividades positivas y de metas que van comentando las personas del grupo. A partir de esta lista puede introducir el concepto de depresión y/o los objetivos grupales.

Con el fin de facilitar la comunicación y la identificación de los diferentes miembros del grupo, al finalizar esta dinámica, todo el mundo se coloca un adhesivo en la ropa o una tarjeta en la mesa con su nombre.

## 2. Explicación de las normas del grupo

Estas normas se comentan durante la primera sesión, ya que forman parte del proceso de implicación grupal.

**Nota.** Las normas, se recomienda entregarlas a los usuarios durante la entrevista de acogida previa a la intervención grupal o en la primera sesión grupal.

## Normas del grupo

- PUNTUALIDAD  
*"Haz que los otros no te tengan que esperar. No te pierdas el inicio de la sesión. Tenemos que poder aprovechar el tiempo del grupo".*
- VEN A TODAS LAS SESIONES GRUPALES  
*"Haz una alianza con el grupo. Avisa al enfermero/a en caso de que no puedas venir. Si faltas a tres o más sesiones grupales, con justificación o sin ella, tendrás que abandonar el grupo".*
- CONFIDENCIALIDAD  
*"Puedes hablar de lo que estás aprendiendo con los otros. Respeta a tus compañeros: no hagas comentarios a otras personas sobre lo que hablan tus compañeros".*
- EL MISMO TIEMPO PARA TODOS  
*"Da a cada persona la posibilidad de hablar. Cada persona tiene su momento para hablar; hay que evitar hacer conversaciones al margen. Lo que hablamos, nos interesa a todos".*
- TEN UNA ACTITUD CONSTRUCTIVA  
*"Evita la crítica fácil, haz comentarios constructivos. Ayuda al resto a encontrar el lado positivo de las cosas. Sé cuidadoso, reflexivo. No presiones a nadie (evita los "habrías de...")".*
- HEMOS DE IR A AQUELLO PRÁCTICO...  
*"En lo que está orientado en las soluciones, no en el lado negativo de las cosas".*
- MUESTRA TU APOYO  
*"Da tu apoyo a otro miembro del grupo si tiene dificultades en aquello que tú has podido superar. Juntos, es más sencillo".*
- SI NO ESTÁS A GUSTO, DÍNOSLO!  
*"Haznos saber cómo te encuentras en el grupo. Queremos trabajar contigo".*
- VUELVE AL GRUPO  
*"No renuncies. Si tienes problemas que no se tratan en las sesiones, podemos trabajar estos aspectos fuera del grupo y en otros momentos, si lo prefieres".*

### 3. Ventajas y metodología de la intervención grupal

#### - Ventajas para el paciente

- El paciente aprende de los otros.
- Percibe que no es el único (universalidad de los problemas).
- Fomenta su altruismo. "Ayudo a los otros y los otros me ayudan a mí".
- Trabaja las habilidades de socialización. Conoce gente en la misma situación.

#### - Metodología grupal

La intervención consta de 12 sesiones de una duración de 90 minutos con una cadencia semanal, conducidas por dos enfermeras/os: una que actúa como conductora del grupo y la otra como observadora.

### 3. Explicación de la técnica de respiración

*"Cuando nos sentimos mal, tendemos a replegarnos en nosotros mismos tanto física como psíquicamente. A lo largo de las sesiones ayudaremos a desarrollar estrategias alternativas más funcionales. Un elemento imprescindible y que se altera con facilidad con las emociones es la respiración."*

#### **La respiración**

*"Una de las vías de entrada para la regulación emocional es la respiración. La respiración poco profunda e irregular nos comporta una oxigenación insuficiente. Un estado de tensión emocional nos lleva a unas formas de respirar superficiales."*

*Para relajarnos de una manera eficaz, hace falta respirar adecuadamente. El oxígeno es el elemento básico de la vida, ya que lo utiliza como combustible cada una de las células de nuestro organismo."*

*La respiración tiene que ser natural, suave, lenta y silenciosa. La oxigenación del cuerpo mediante una respiración adecuada resulta esencial para la salud y el bienestar físico. Al inspirar, el corazón se relaja y se incorpora energía vital a todo el sistema. Exhalar completamente y profundamente es el primer paso para una respiración perfecta. Si adoptamos un patron respiratorio de espiración más largo que la inspiración, el resultado será el reposo y la calma, ya que de esta forma se estimula la respuesta de relajación".*

#### 4.1 Técnica de respiración moderada con utilización de palabra clave

Es una respiración relajada diafragmática. El procedimiento es:

- Poner la lengua en el paladar para relajar la tensión facial y la boca un poco abierta
- Inspirar profundamente por la nariz durante 2 segundos.
- Espirar lentamente durante el doble de tiempo utilizado en la inspiración.
- Mientras se espira, hay que ir repitiendo las palabras "paz", "calma", "relajación".
- Hacer una pausa breve antes de volver a inspirar

Este entrenamiento de la respiración se explica en la primera sesión, ya que es aconsejable practicarla durante las dos primeras sesiones. Después, se podrá combinar con la respiración abdominal. Es aconsejable introducir en las sesiones palabras clave que induzcan también a la relajación mientras se lleva a cabo la práctica de la respiración.

#### 4.2. Técnica de respiración abdominal

Es una respiración más completa. La respiración abdominal se asocia a un estado de relajación. La persona tiene que adoptar una posición de descanso en una silla, con los ojos cerrados, con los dedos pulgares en el ombligo y los otros situados en el pubis. Hay que seguir durante 4 minutos el ritmo siguiente:

- Inspirar profundamente durante 2 segundos por la nariz. Se nota si la respiración es correcta porque el abdomen se hincha. Mantener el aire 2 segundos en el abdomen.
- Espirar por la boca durante 4 segundos de manera lenta, larga y profunda y hacer una pausa breve antes de inspirar otra vez. Durante la espiración se puede comprobar con las manos si el abdomen desciende.

#### **Tareas para hacer en casa**

- Practicar las dos técnicas de respiración enseñadas durante la sesión "respiración diafragmática" y "respiración abdominal". Entregar a los participantes del grupo el documento "*La técnica de respiración-relajación*".

## **2ª sesión**

### ***Activación conductual I***

## 2ª sesión

➤ **Objetivo.** Facilitar una nueva visión del estado depresivo, para identificar los comportamientos de evitación que ayudan a mantenerlo.

➤ **Contenido**

- ¿Qué es la depresión leve? Hay que llegar a la definición de la depresión a partir de los síntomas (desde el punto de vista físico y mental [de los pensamientos]).
- Consecuencias de estar depresivo en las conductas y los pensamientos.
- Conducta-emoción. Activación conductual (parte I).
  - ¿Qué hacíamos antes y ahora no hacemos?
  - Conductas de evitación.
- Aprendizaje de cómo interfieren estos síntomas en las actividades de la vida diaria.

### Desarrollo de la sesión

1. Recordatorio de los nombres de los participantes del grupo. Se pueden dejar las tarjetas con el nombre sobre la mesa, para facilitar la comunicación y la identificación de los participantes.
2. Revisión de los contenidos de la sesión anterior mediante la participación del grupo.
3. Puesta en común de las tareas para hacer en casa: *"las técnicas de respiración"*.
3. Identificación de los síntomas característicos de la depresión mediante una dinámica grupal.
4. Se lanza al grupo la pregunta: *"¿Qué es la depresión? ¿Qué nos lleva a decir que estamos deprimidos?"* Se recoge en la pizarra todo aquello que resulte relevante y pertinente de lo que digan los participantes, separando emoción, pensamiento, conducta y relaciones sociales. A partir de este esquema, se facilita la visión de la depresión como un estado, relacionado y mantenido por las propias respuestas de evitación, como consecuencia de la adaptación al estado de ánimo. Se explica el "círculo vicioso de la depresión" (véase el material de apoyo 1).
5. Puesta en común, facilitando la identificación de todo aquello que el paciente ha dejado de hacer.

6. Tareas para trabajar en casa: registro de cosas que se hacen como consecuencia del hecho de estar deprimido y las consecuencias que comportan (hoja: *¿Qué cosas hago como consecuencia de estar deprimido/da?*)

### **1. Identificación de los síntomas característicos**

Explicación de la dinámica grupal llamada "papeles en blanco"

- Pedir que cada uno escriba los síntomas que él reconoce como depresivos en un papel en blanco de forma anónima. Debe escribir un síntoma por papel.
- Todos los papeles se colocan dentro de una bolsa. Una vez que todos los papeles están en la bolsa, la persona que conduce el grupo los extrae, papel por papel, enumera los diversos síntomas y los escribe en una pizarra.

Con esta dinámica, se empieza a trabajar la identificación de los síntomas característicos de la depresión y su concepto.

### **2. ¿Qué es el estado depresivo?**

*"La depresión es una forma de estar, no una forma de ser".*

*"Como toda situación en que se está, es cambiante, tiene un inicio y puede tener un final. Tiene relación con los hechos y las circunstancias que pasan en la vida y con la forma particular que cada uno tiene de hacerles frente".*

*"Hablamos de estado depresivo, en lugar de depresión. Este estado, que suele iniciarse como una reacción emocional a un hecho o a varios hechos más o menos claros para cada persona, se ve fortalecido y potenciado por todas aquellas acciones que se dejan de hacer".*

*"Se inicia la trampa depresiva en que, a partir de los sentimientos de tristeza, se evitan toda una serie de actividades, de contactos sociales, etc. Esta evitación lleva a potenciar los mismos sentimientos de tristeza, hasta que se olvida, en ocasiones, o no se hace frente al hecho que ha precipitado el estado emocional en que está sometida la persona. Este estado se puede convertir en una forma de entender y sentir la vida, si no se toma el camino de la acción".*

*"El estado depresivo acaba siendo una forma de adaptarse a los sentimientos de tristeza, la persona entra en un terreno de evitación de todo aquello que nos engancha a la vida".*

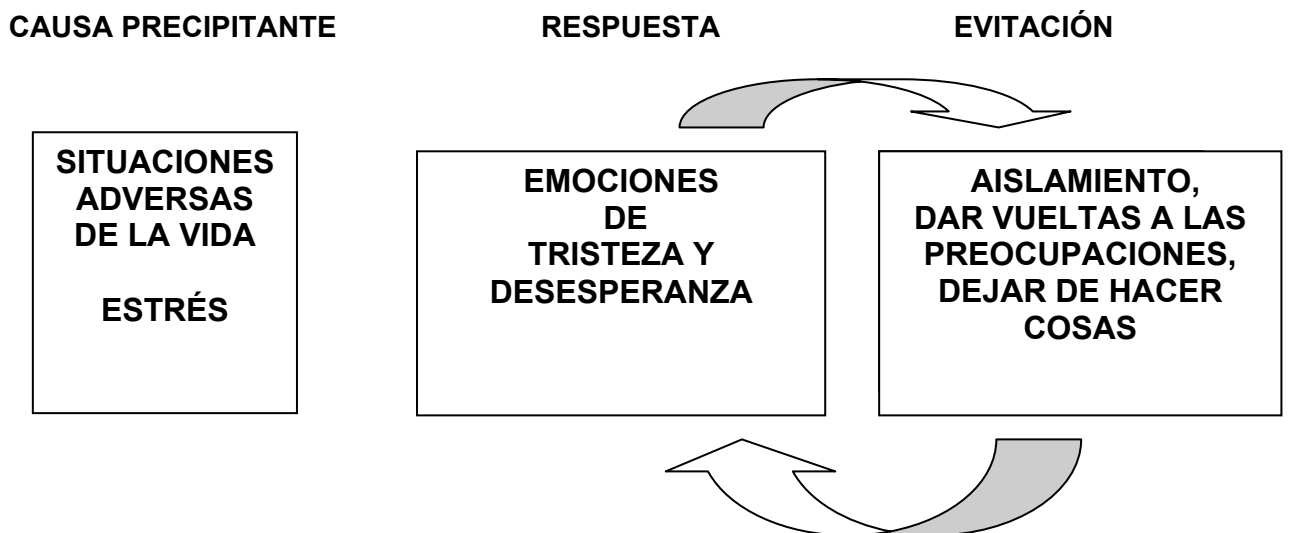


"Son las conductas de evitación, las que impiden hacer frente a las circunstancias: la persona hace de la reacción emocional de tristeza el núcleo del problema, cuando el problema es, en realidad, el comportamiento de evitación que se va instaurando".

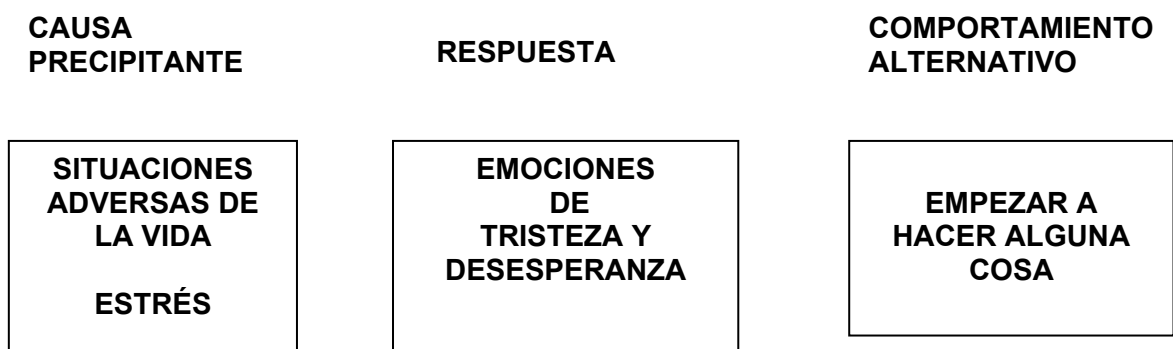
"Hay que estar atento a lo que se deja de hacer aquí y ahora. Si se deja pasar la oportunidad de hacerlo, es una ocasión perdida para la recuperación, si se hace, es una oportunidad aprovechada que va construyendo la mejora".

### 3. Esquema de la depresión

#### LA TRAMPA DE LA DEPRESIÓN



#### EL CAMINO ALTERNATIVO. EL CAMINO DE LA ACCIÓN



**Tareas para hacer en casa**

Hay que rellenar durante la semana el registro: ¿Qué cosas hago como consecuencia de estar deprimido/da? Se entrega una fotocopia de esta hoja.

Nombre

**¿Qué cosas hago como consecuencia de estar deprimido/da?**

<b>Pensamientos pesimistas</b>	<b>Reducción de actividades</b> ¿Qué he dejado de hacer, de mis actividades habituales?	<b>Actitud pasiva</b> ¿Qué no logro hacer? ¿Qué evito hacer?

Consecuencias

Consecuencias

Consecuencias	Consecuencias

**¿Por qué todo lo que has registrado contribuye a mantener la depresión?**

## **3ª sesión**

### ***Activación conductual II***

## 3ª sesión

- **Objetivo.** Iniciar la activación conductual (parte II).
- **Contenido**
  - Afrontamiento alternativo del estado depresivo. Hacer “como si...”.

### Desarrollo de la sesión

1. Revisión de los contenidos de la sesión anterior, facilitando la participación del grupo, ya sea porque alguien hace el recordatorio o porque participa parcialmente. Comentarios del grupo respecto de estos contenidos.
2. Puesta en común de las tareas para hacer en casa: ¿Qué cosas hago como consecuencia de estar deprimido/da?
3. Realización de una dinámica para recordar los nombres de las personas del grupo y favorecer así la cohesión grupal.
4. Presentación del modelo de activación conductual. La mejora a partir de la acción. Establecimiento de objetivos. Actuar "como si...".
5. Puesta en común que facilite la identificación de objetivos y las posibles actividades que se deberían recuperar.
6. Tareas para hacer en casa. Inicio del registro en el *Cuaderno de actividades cotidianas* y en el *Cuaderno de actividad semanal*.

#### 1. Dinámica de recuerdo de los nombres y cohesión grupal

Un miembro del grupo tiene un ovillo de lana en la mano y lo lanza a otra persona del grupo (lanza el ovillo quedándose él en la mano un extremo del hilo). Antes de lanzarlo, debe decir el nombre de la persona a quien lo lanza y hacerle una pregunta cualquiera. Esta acción, la repiten todos los miembros del grupo; de esta manera, todo el mundo ha preguntado y ha sido preguntado por algún miembro del grupo. Una vez ha finalizado la dinámica, se observa un tejido en medio de la circunferencia, en forma de telaraña.

Con esta dinámica, se quiere potenciar el recordatorio de los nombres, es el momento de sacar las pegatinas y las tarjetas identificativas que se han puesto en las sesiones anteriores.

Se potencia la cohesión grupal y, por tanto, la pertenencia al grupo. Con la tela de araña se trabaja la intracomunicación grupal, es decir, cómo las personas pueden ayudarse mutuamente, ya que el hecho de realizar esta actividad influye en ello de manera directa o indirecta.

### **Tareas para hacer en casa**

Hay que escribir durante la semana el Cuaderno de actividad cotidiana y el Cuaderno de actividad semanal.

El objetivo de estas tareas es hacer entender a los miembros del grupo que estas actividades, aunque quizás les parezcan poco "importantes", forman parte de su proceso de movilización para la recuperación.

También se adjunta la actividad Termómetro emocional. Esta actividad se recomienda hacerla cada noche, antes de acostarse, durante todo el proceso grupal.

## Cuaderno de actividad cotidiana

---

### Propósitos a corto plazo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Propósitos a medio plazo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Propósitos a largo plazo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre

Semana

### Cuaderno de actividad semanal

Semana	Actividades propuestas	Actividades que se han llevado a cabo	Comentarios
Lunes	Mañ.		
	Tarde		
	Noche		
Martes	Mañ.		
	Tarde		
	Noche		
Miércoles	Mañ.		
	Tarde		
	Noche		
Jueves	Mañ.		
	Tarde		
	Noche		
Viernes	Mañ.		
	Tarde		
	Noche		
Sábado	Mañ.		
	Tarde		
	Noche		
Domingo	Mañ.		
	Tarde		
	Noche		







### **El termómetro emocional**



*"Se recomienda que, a partir de ahora y hasta finalizar el grupo, cada noche, antes de acostarse, valoremos como nos hemos sentido durante el día. Para recoger nuestros sentimientos utilizaremos un termómetro emocional. De esta manera, realizaremos un seguimiento de nuestro estado de ánimo y podremos evaluar si mejora".*



Nombre \_\_\_\_\_

## Termómetro emocional

¿Cómo os sentís en este momento?	Fecha	Hora
		

¿Cómo os sentís en este momento?	Fecha	Hora
		

¿Cómo os sentís en este momento?	Fecha	Hora
		

¿Cómo os sentís en este momento?	Fecha	Hora
		

## **4ª sesión**

### ***Como cuidarse para avanzar I***

## 4ª sesión

- **Objetivo.** Toma de conciencia de la importancia del autocuidado. Cómo cuidarse para avanzar I.
  - Toma de conciencia de la importancia de la comida y la bebida para el buen funcionamiento del organismo y para la evolución de la depresión.
  - Aprendizaje de los conceptos básicos de una alimentación equilibrada como herramienta básica de la salud y el bienestar.
  
- **Contenido**
  - Alimentación. Dieta. Conceptos básicos sobre las necesidades de los nutrientes y su repercusión en la salud y el bienestar. Necesidades del organismo. Recomendaciones dietéticas. Dieta equilibrada.
  - El hábito del sueño.
  - Conocimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes del grupo. Profundizar en la importancia de tomar adecuadamente la medicación (adhesión), sus efectos beneficiosos y adversos.

### Desarrollo de la sesión

1. Revisión de los contenidos de la sesión anterior, facilitando la participación del grupo, ya sea porque alguien hace el recordatorio o porque participa parcialmente. Comentarios del grupo respecto a estos contenidos.
2. Puesta en común de las tareas para hacer en casa: *Cuaderno de actividad cotidiana*, *Cuaderno de actividad semanal* y *Termómetro emocional*.
3. Presentación de los contenidos de la sesión.
4. Puesta en común que facilite la identificación de objetivos y de las posibles actividades que se han de recuperar.
5. Tareas para hacer en casa. Propuesta de distribución de los alimentos para un día de dieta equilibrada.

**Nota.** Esta sesión presenta un anexo al final con información complementaria para la enfermera/o sobre los temas de alimentación y dieta, hábitos del sueño y tratamiento farmacológico. Se adjunta esta información como material de soporte y consulta o para ampliar los conocimientos sobre el tema, se ha de evitar utilizarlo y entregarlo a los pacientes durante la sesión.

## 1. La alimentación

*“En esta sesión, analizaremos los nutrientes que tienen una relación directa con la salud mental, y explicaremos en que alimentos los encontramos en mayor cantidad. También haremos recomendaciones para la dieta de cada día”.*

### 1.1. Explicación de los conceptos básicos sobre la alimentación<sup>(31, 47)</sup>

- *“Una buena alimentación es la base para una buena salud. A partir de los nutrientes que ingerimos con los alimentos, nuestro cuerpo puede funcionar con normalidad; pero la carencia de cualquier nutriente repercute en la utilización del resto. Cuando en nuestra alimentación falta algún nutriente, esto afecta al buen funcionamiento de todo el cuerpo. El cerebro es el órgano más sensible de nuestro cuerpo y por eso es el primero que siente la carencia de cualquier nutriente. Cada vez disponemos de más estudios<sup>(44,49,52)</sup> que demuestran la relación entre determinados nutrientes y los estados depresivos.*
- *El agua es el componente más abundante de nuestro cuerpo. Es necesario ingerir gran cantidad de agua cada día, ya que sin agua nuestro cuerpo no puede funcionar.*
- *Hay ejemplos de la vida cotidiana con los que podemos reforzar este concepto: si ponemos la lavadora solo con jabón y sin agua, aun estando conectada a la corriente, no conseguiremos que se haga espuma. Si el coche tiene gasolina pero no tiene agua o le falta alguna bujía, el motor no arranca...”.*

**Nota:** Si los participantes tienen preguntas o dudas respecto a la alimentación, o si presentan una patología que requiera una dieta específica, se han de dirigir a su enfermera/o para que los asesore o les proponga una dieta más específica.

### 1.2. Explicación de las **Raciones diarias recomendadas** para que una dieta sea equilibrada y **Propuesta de distribución** para un día de dieta equilibrada.

**Nota:** Tras la explicación de los conceptos básicos sobre la alimentación, se ha de entregar a cada participante del grupo una fotocopia de la hoja de *Propuesta de distribución para un día de dieta equilibrada*. Esta hoja servirá como material didáctico para la explicación de este apartado.

## Raciones diarias recomendadas

Grupos de alimentos	Frecuencia recomendada	Peso de cada ración (limpia y cruda)
Patatas, arroz, cereales de desayuno (mejor integrales), pan (mejor integral) y pasta	De 4 a 6 raciones al día	Patatas: 150 g – 200 g Cereales: 30 g – 40 g Pan: 40 g – 60 g Pasta y arroz: 60 g – 80 g
Verdura y hortalizas	2 raciones al día	150 g – 200 g
Fruta	3 raciones al día	120 g – 200 g
Leche y derivados, preferiblemente semidescremados	De 2 a 4 raciones al día	Leche: 200 g – 250 ml (un vaso) Yogur: 200 g – 250 g (2 yogures) Queso fresco: 80 g – 125 g Queso seco: 40 g – 60 g
Aceite de oliva	De 2 a 4 raciones al día	10 ml (una cucharada sopera)
Pescado	De 3 a 4 raciones a la semana	125 g – 150 g
Carnes magras, aves	De 3 a 4 raciones a la semana (alternar el consumo)	100 g – 125 g
Huevos	De 3 a 4 raciones a la semana	53 g – 63 g
Legumbres	De 3 a 4 raciones a la semana	60 g – 80 g
Frutos secos	De 3 a 7 raciones a la semana	20 g – 30 g
Agua	De 4 a 8 raciones al día	200 ml (un vaso)
Embutidos y carnes grasas	Consumo ocasional y moderado	
Dulces y refrescos	Consumo ocasional y moderado	
Mantequilla y margarina	Consumo ocasional y moderado	
Cerveza o vino	Consumo ocasional y moderado, solamente en adultos	

## Propuesta de distribución para un día de dieta equilibrada

---

Compare su dieta habitual con esta propuesta de dieta equilibrada para un día:

	Alimento y cantidad	Consumo habitual
<b>Desayuno y media mañana</b>	Leche semidescremada (1 ración)	
	Fruta (una ración)	
	Pan integral (50 g)	
	Tomate (una pieza)	
	Queso (40 g)	
	Aceite (una cucharada pequeña)	
<b>Comida</b>	Verdura o ensalada (una ración)	
	Pasta o arroz o legumbre o patata o pan (una ración)	
	Carne o pescado (una ración)	
	Fruta (una ración)	
	Aceite (una cucharada)	
<b>Merienda</b>	Yogur descremado (uno o dos)	
	Frutos secos (una ración)	
<b>Cenar</b>	Verdura o ensalada (una ración)	
	Pasta o arroz o patata o pan (una ración)	
	Huevo o pescado (una ración)	
	Fruta (una ración)	
	Aceite (una cucharada)	

### **Tareas para hacer en casa**

Se ha de pedir a los participantes que describan su dieta habitual de una semana (desayuno-comida-cena). Una vez hecha la descripción, se les pide que comparen su dieta habitual con la hoja *Propuesta de distribución para un día de dieta equilibrada*.

De esta manera, se darán cuenta de los alimentos que habitualmente no consumen y de los que consumen con exceso.

El objetivo de este trabajo es aprender a planificar la alimentación de manera que aporte todos los nutrientes, ya que si cada día se comen las raciones recomendadas se asegura la aportación de todos los nutrientes que el cuerpo necesita y el cerebro funcionará mucho mejor.



## 2. El hábito del sueño

Este tema se ha de trabajar mediante una dinámica grupal, y al finalizarla, se ha de entregar una hoja de recomendaciones. Estas recomendaciones se encuentran en el anexo de esta sesión *El hábito del sueño*. Se ha de entregar una fotocopia a cada participante.

### 2.1. Descripción de la dinámica grupal

Se plantea la sesión de forma que cada persona describa su ritual para ir a dormir. Han de hacer una descripción del número de horas que duermen y de su estado emocional antes de ir a dormir y al levantarse por la mañana. También se recomienda que comenten si duermen durante el día (p. ej. la siesta).

A través de la experiencia de cada uno se intenta llegar a un patrón de buen hábito nocturno. Cada persona se ha de fijar en lo que ha de evitar o lo que ha de agregar a su ritual. Se ha de pactar con los participantes el compromiso de modificar aquello que no hagan para favorecer un correcto patrón de sueño y evitar lo que pudiera interferir en su consecución.

## 3. Conocimiento del tratamiento farmacológico

De este tema, se trabajan las recomendaciones de la prescripción médica, sus efectos secundarios, las interacciones con otros fármacos o sustancias y se remarca la importancia de una buena adhesión al tratamiento.

**Nota.** Si los participantes tienen preguntas o dudas respecto a este tema que no se puedan responder durante la sesión, se recomienda dirigirlos a su médico/a de referencia.

## Anexo de la sesión 4: Como cuidarse para avanzar I

### ALIMENTACIÓN Y DEPRESIÓN

---

Una buena alimentación es la base para una buena salud. A partir de los nutrientes que se ingieren con los alimentos, el cuerpo puede funcionar con normalidad. La carencia de cualquier nutriente repercute en la utilización del resto de nutrientes. Una dieta inadecuada podría ser el origen de un estado depresivo. Algunos alimentos pueden ayudar a mejorar la depresión leve y moderada. Del mismo modo, la depresión puede comportar una dieta desequilibrada e inadecuada que empeore el estado general de la persona.

La depresión no tiene relación con los problemas, sino con la manera en que la persona los asume. Cuando surge un conflicto, la posibilidad de afrontarlo depende más, en muchos casos, del estado en que se encuentra la persona, en cuanto a su nivel de energía y a sus recursos mentales, que de la gravedad del problema mismo.

Desde el punto de vista energético, las depresiones responden casi siempre a carencias energéticas, que impiden que la persona pueda afrontar los problemas que se le presentan.

La correcta circulación de la energía permite que todas las funciones orgánicas, mentales y corporales, trabajen de forma armónica. Cuando la energía no fluye y no nutre el cuerpo de forma adecuada, pueden producirse bloqueos emocionales y mentales con más facilidad. Todo está influenciado, en gran parte, por los alimentos que se ingieren, así, hay alimentos que dificultan la correcta circulación de la energía y otros que la facilitan.

Con un tratamiento dietético que aumente la energía, la capacidad de concentración y el grado de claridad mental de la persona, que armonice el estado de sus órganos y que le permita ser más consciente de sus recursos, muchos estados depresivos pueden mejorar.

Muchos hábitos de alimentación actuales pueden ser grandes enemigos del cerebro. Cada vez se dispone de más estudios<sup>(44,49,52)</sup> que demuestran la relación entre determinados nutrientes y los estados depresivos.

## **Nutrientes del sistema nervioso**

### Proteínas

Las proteínas forman parte de todos los tejidos del organismo. Cada célula del cuerpo humano contiene proteínas. Son compuestos orgánicos complejos y su estructura básica es una cadena de aminoácidos. Hay dos tipos de aminoácidos: los que el organismo puede sintetizar y los llamados esenciales, que son los que el organismo no puede sintetizar y deben aportarse con la dieta. Los que tienen una relación directa con la depresión son el triptófano y la fenilalanina.

El triptófano es un aminoácido esencial que el cerebro utiliza para producir un neurotransmisor llamado serotonina; ayuda a inducir el sueño de forma natural, disminuye la ansiedad y la tensión y actúa como antidepresivo.

El metabolismo del triptófano requiere una cantidad adecuada de vitaminas B3 y B6 y magnesio.

La fenilalanina es otro aminoácido esencial que actúa como neurotransmisor. Se le atribuye una acción antidepresiva, la mejora de la memoria y la actividad mental.

#### ➤ *Alimentos ricos en triptófano y fenilalanina*

Huevo, queso, aves (pollo, pavo...), leche y derivados lácteos, pescado azul, legumbres, frutos secos, arroz, maíz, patata, espinacas y plátano.

### Glúcidos o hidratos de carbono

La principal función de los glúcidos es aportar energía al organismo. El cerebro y el sistema nervioso utilizan preferentemente glucosa para obtener energía. Es necesario asegurar una dosis correcta de glucosa a través de alimentos ricos en almidón, que producen un paso gradual de la glucosa a la sangre gracias a su digestión lenta.

El factor que más favorece a los estados depresivos es el consumo de azúcares refinados, es decir, azúcar blanco y sus derivados (chocolate, productos de pastelería, refrescos, helados, fruta con exceso...).

El azúcar refinado, en su proceso de metabolización, consume gran cantidad de minerales y de vitaminas del grupo B. Los necesita para su combustión y su conversión en energía, de tal manera que, cuando se come azúcar, se "roban" al organismo minerales, oligoelementos y vitaminas. Además, los alimentos dulces

suponen un aumento brusco de azúcar en la sangre, pero también una bajada rápida, lo cual hace que, por un lado, el cuerpo pida una nueva incorporación de azúcar (en un círculo disfuncional) y por el otro, que se genere sensación de agotamiento y de irritabilidad.

➤ *Glúcidos ricos en almidón*

Arroz, pasta, pan, legumbres, patata, plátano, higo, castaña.

### Lípidos

En la composición del cerebro, las grasas tienen un elevado porcentaje y son fundamentales para su formación y crecimiento. Estudios recientes demuestran la relación entre los ácidos grasos omega-3 y la depresión: los niveles de omega-3 aparecen siempre bajos en pacientes deprimidos.

Se deben evitar las grasas saturadas y el exceso de colesterol, ya que son los grandes enemigos del cerebro.

➤ *Alimentos ricos en omega 3*

Pescado azul, frutos secos.

### Vitaminas

Las vitaminas son nutrientes esenciales para un buen funcionamiento del organismo, actúan como reguladores metabólicos y como reguladores hormonales. Se han de obtener de los alimentos porque el cuerpo no las puede sintetizar.

Se clasifican en 2 grupos:

- Liposolubles
  - Vitamina A (retinol)
  - Vitamina D (coleciferol)
  - Vitamina E (tocoferol)
  - Vitamina K
- Hidrosolubles
  - Vitamina B1 (tiamina)
  - Vitamina B2 (riboflavina)

- Vitamina B3 (niacina)
- Vitamina B5 (ácido pantoténico)
- Vitamina B6 (piridoxina)
- Vitamina B8 (biotina)
- Vitamina B9 (ácido fólico)
- Vitamina B12 (cianocobalamina)
- Vitamina C (ácido ascórbico)

Todas las vitaminas del grupo B son esenciales para el bienestar mental y emocional, no se pueden almacenar en el cuerpo y, por tanto, se han de incluir en la dieta cada día. También es muy importante la vitamina C.

### Minerales

Los minerales son fundamentales para prevenir y mejorar los procesos depresivos porque contribuyen a la formación de algunas sustancias como la serotonina.

Este modelo alimentario mediterráneo se puede resumir en los siguientes consejos:

### ***Decálogo de la dieta mediterránea***

---

1. Utilizar aceite de oliva como principal grasa de adición.
2. Consumir alimentos vegetales en abundancia: fruta, verdura, legumbres y frutos secos.
3. El pan y los alimentos procedentes de cereales (pasta, arroz y sus productos integrales) deberían formar parte de la alimentación diaria.
4. Los alimentos poco procesados, lo frescos y los locales son los más adecuados
5. Consumir diariamente productos lácteos, principalmente yogur y queso.
6. La carne roja debería consumirse con moderación, si puede ser, como parte de guisados y otras recetas.
7. Consumir pescado en abundancia y huevos con moderación.
8. La fruta fresca debe ser el postre habitual; ocasionalmente lo serán los dulces, pasteles y postres lácteos.
9. El agua es la bebida por excelencia en el Mediterráneo. El vino se ha de tomar con moderación y con las comidas.
10. Realizar actividad física todos los días (es tan importante como comer adecuadamente)

## **EL HÁBITO DEL SUEÑO**

---

Podemos ayudar a los pacientes a adquirir el hábito del sueño con las recomendaciones siguientes:

- ✓ *Es básico que no se duerma con la radio o la televisión encendidas; durante el sueño, el oído lo capta todo y lo grava en la mente, sin discernir si son cosas buenas o malas. El descanso adecuado beneficia su salud mental.*
- ✓ *Ha de evitar tener la televisión en el dormitorio.*
- ✓ *Es conveniente que mantenga un patrón de sueño regular cada día, acuéstese en la cama y levántese siempre a la misma hora. No desplace más de 2 horas el momento de levantarse los fines de semana (suponiendo que durante la semana descanse suficientes horas).*
- ✓ *Si el sueño es reparador (sin interrupciones, ni sobresaltos), un adulto es suficiente que duerma 7-8 horas diarias, aunque las horas que necesita cada persona para sentirse descansada varían.*
- ✓ *Es bueno que haga alguna actividad ligera y relajante la hora previa a meterse en la cama, ( ducharse, practicar la respiración controlada...), y que evite situaciones que le activen o que le impliquen emocionalmente.*
- ✓ *Utilice la cama y el dormitorio solo para dormir, esté inactivo mientras intenta conciliar el sueño (no mire la TV, ni escuche la radio...).*
- ✓ *Evite el consumo de bebidas con cafeína y alcohol: pueden romper el sueño. En cambio, tomar un vaso de leche o una infusión antes de meterse en la cama le puede ayudar a conciliar el sueño.*
- ✓ *Es conveniente que disponga de un ambiente adecuado en el dormitorio. La habitación ha de estar a oscuras, silenciosa, ventilada y con una temperatura adecuada al confort.*
- ✓ *Si está acostumbrado a hacer una siesta, no la alargue más de 30 minutos.*
- ✓ *Si quiere que su sueño sea tranquilo y reparador de energía, es importante que nunca, pase lo que pase, intente resolver los problemas dándoles vueltas, ni piense en las cosas desagradables que han pasado durante el día, mientras esté en su cama intentando dormirse.*
- ✓ *Cuando coja el sueño, procure que sus pensamientos sean muy positivos.*
- ✓ *Recuerde la práctica de las respiraciones como técnica preparatoria para dormir.*
- ✓ *Le aconsejamos la técnica siguiente antes de ir a dormir: cuando se quite la ropa piense que al lado de cada pieza va dejando todas las cosas que le preocupan. Este pensamiento hará que se acueste con más tranquilidad.*

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

---

### Recomendación de su uso

- No se recomienda el tratamiento farmacológico en la depresión leve por presentar una relación baja entre riesgo-beneficio. Se pueden considerar otras estrategias terapéuticas antes que los fármacos antidepresivos. Sí que se recomienda considerarlos en caso de que fracasen otras estrategias terapéuticas, si hay problemas psicológicos o médicos asociados o una historia previa de depresión moderada o grave.
- Los fármacos antidepresivos mejoran la depresión moderada y grave.
- Es necesario informar a los pacientes, específicamente, del posible retraso del inicio del efecto terapéutico de los antidepresivos. Según el fármaco, el periodo de latencia de la acción del antidepresivo puede iniciarse hacia la 2ª y la 3ª semana, o entre la 4ª y la 6ª, que es lo más habitual. Las primeras semanas de tratamiento, el médico ha de realizar un seguimiento cercano del paciente.
- Es recomendable mantener el tratamiento durante un mínimo de 6 meses después de la remisión y, entonces, valorar con el paciente la posibilidad de alargarlo teniendo en cuenta si ha habido episodios previos y/o presencia de síntomas residuales. Los pacientes con episodios previos de depresión son los que más se benefician de esta prolongación, por el elevado riesgo de recurrencia de la depresión.

### Efectos secundarios

Los antidepresivos (AD) pueden producir efectos secundarios que suelen desaparecer o disminuir entre los 7 y los 10 días. Los efectos secundarios son muy variados y dependen de cada antidepresivo. Los más frecuentes son los siguientes:

- Restricción. La dieta ha de incluir cereales con contenido alto en fibra, fruta, vegetales y ciruelas.
- Diarreas. Se ha de realizar dieta astringente.
- Vértigos/mareos. Hipotensión ortostática; se aconseja levantarse de la cama o de la silla poco a poco.
- Dolor de cabeza. Generalmente, cede pronto.
- Insomnio. Puede ser que aparezca las primeras semanas; normalmente, se resuelve con el tiempo o disminuyendo el tratamiento según la prescripción médica.



- Náuseas y vómitos. Son de poca duración.
- Somnolencia/sedación. En el caso de los antidepresivos sedantes, se podría recomendar tomar el medicamento antes de ir a dormir y, de esta manera, nos ayudaría a coger el sueño.
- Disfunciones sexuales. Si generan preocupación, se recomienda que el paciente hable con su médico/a.
- Ansiedad. Si pasa por primera vez tras tomar el medicamento AD y es persistente, se le ha de recomendar hablar con su médico/a.
- Boca seca. Es útil tomar tragos de agua con limón, masticar chicle y lavarse los dientes a menudo.

Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo, el profesional sanitario ha de informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan conseguir, del tiempo que puede transcurrir hasta el inicio del efecto del fármaco, de los efectos secundarios frecuentes-infrecuentes y personalizados que puedan surgir (tanto a corto como a largo plazo), y, especialmente, de la duración del tratamiento.

El médico/a, ante la prescripción de un fármaco, tiene muy en cuenta la tolerancia y los efectos secundarios que puede producir en el paciente. Es por eso por lo que ante cualquier duda o efecto secundario producido por la medicación prescrita se ha de consultar con los profesionales sanitarios antes de tomar cualquier decisión.

Los diversos antidepresivos, a veces, tienen pocas diferencias en cuanto a la eficacia, pero sí que presentan perfiles de efectos adversos diferenciados.

A perfiles concretos de pacientes podrían aconsejarse fármacos diferentes, si nos guiamos más por los efectos adversos que provocan en lugar de guiarnos por su eficacia.

Hay poca información sobre posibles efectos secundarios poco frecuentes pero muy graves como por ejemplo: suicidio, convulsiones, hepatotoxicidad... Pero no se descartan durante la utilización de tratamientos AD de 2a generación.

### **Interacción con otros fármacos**

- Anticoagulantes orales. Los antidepresivos pueden modificar el efecto anticoagulante, de hecho, potencian su efecto anticoagulador.
- Cimetidina. Retrasa la metabolización de los AD inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

- Insulina y antidiabéticos orales. Los antidepresivos potencian el efecto hipoglucemiante.
- Benzodiacepinas. Los antidepresivos aumentan el efecto sedativo.
- Alcohol. Los antidepresivos potencian el efecto depresor del alcohol sobre el sistema nervioso central (SNC).
- Analgésicos. Los antidepresivos aumentan el efecto analgésico. Posible sedación excesiva.
- Anticonvulsivos. Los antidepresivos reducen la eficacia anticonvulsiva.
- Antihistamínicos. Los antidepresivos potencian el efecto sedativo.
- Hipotensores. Los antidepresivos antagonizan el efecto de muchos de estos medicamentos. No interaccionan significativamente con los inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA).

En dosis altas o si interaccionan con otros medicamentos pueden causar alucinaciones, confusión, cambios en la presión sanguínea, rigidez y arritmias.

En caso de duda o aparición de efectos secundarios, hay que consultar antes con el equipo sanitario.

### **Consideraciones a la hora de tomar un antidepresivo**

- El tratamiento es individualizado. No se ha de variar (aumentar o disminuir las dosis o sustituirlo por otro tratamiento para la depresión) ni abandonarlo, sin consultarlo antes con el equipo sanitario.
- Es importante que la persona conozca los medicamentos que toma, su función y sus posibles efectos adversos.
- Un método para evitar los olvidos es mantener siempre los horarios de la toma de los medicamentos.
- Si el paciente no recuerda la medicación que toma, la puede llevar escrita en un papel. Eso servirá para orientar a los profesionales sanitarios en caso que hayan de atenderlo.
- Es muy importante hacer un buen cumplimiento de la medicación para evitar los signos de descompensación y conseguir una buena calidad de vida.

**5ª y 6ª sesiones**

***Técnica de resolución de  
problemas I y II***

## 5ª y 6ª sesiones

### ➤ **Objetivos**

- Ayudar a los pacientes a identificar los problemas o conflictos como causa de su malestar psicológico.
- Enseñarles a reconocer los recursos que tienen para hacer frente a las dificultades y mejorar su locus de control delante de circunstancias negativas.
- Facilitarles una metodología sistemática para superar los problemas.
- Recomendarles un método para afrontar dificultades futuras.

### ➤ **Contenido**

- Resolución de problemas. Ejemplos expuestos durante las sesiones

### **Desarrollo de la sesión.**

1. Revisión de los contenidos de la sesión anterior, facilitando la participación del grupo, ya sea porque alguien lo comenta haciendo posible el recordarlo, o porque participa parcialmente. Comentarios del grupo en relación con estos contenidos.
2. Puesta en común de las tareas para hacer en casa: *Propuesta de distribución para un día de dieta equilibrada.*
3. Presentación del contenido de la sesión.
4. Puesta en común y realización de la actividad planteada.
5. Tareas para hacer en casa: *Estrategias de resolución de problemas.*

**Nota.** Está sesión presenta un anexo al final con información complementaria para el enfermero/a sobre la indicación de esta técnica de resolución de problemas y sobre los conceptos teóricos principales. Se ha adjuntado esta información como material de soporte, de consulta o para ampliar conocimientos sobre el tema y no para ser utilizado ni entregado a los pacientes durante la sesión.

Se entrega a los participantes fotocopias del documento *Estrategias de resolución de problemas.*

## **1. Procedimiento terapéutico de resolución de problemas**<sup>(18, 28)</sup>

**A. Orientación general hacia el problema.** Se debe compartir el pensamiento que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible combatirlas de manera eficaz.

Hacerlo conlleva aprender a identificar y reconducir las situaciones problemáticas y, a la vez, disminuir la tendencia a actuar impulsivamente. La idea fundamental se basa en detectar la cadena conductual que provoca la respuesta impulsiva y casi automática de la persona cuando se enfrenta a un problema que le provoca un estado emocional negativo.

También, la persona puede sentirse tan sobrepasada por los problemas o se puede ver tan incapaz de superarlos que no pone en funcionamiento otra alternativa. Con esta técnica se pretende facilitar el proceso de análisis y la toma de decisiones.

Se pide a la persona que indique el problema o problemas que tiene en la actualidad y su nivel de gravedad, en una escala del 0 (poco grave) al 10 (muy grave).

**B. Definición del problema.** Se ha de obtener información sobre el problema, y aclarar su naturaleza y establecer y pactar con la persona un objetivo realista de solución. Definición y formulación del problema partiendo de conducta. Se ha de pedir a la persona que defina y exponga el problema.

**C. Buscar alternativas de solución.** Se trata de tener tantas alternativas de solución como sea posible delante de una situación definida anteriormente. Se han de pedir a la persona posibles soluciones al problema.

**D. Valoración de las alternativas.** Se han de valorar las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas de solución. Esto comporta para la persona, la elección de aquella alternativa más útil entre las generadas, teniendo en cuenta sus consecuencias individuales y sociales a corto, mediano y largo plazo. Se ha de pedir a la persona cual es la solución elegida, las principales razones de su elección y la táctica para poner esta solución en práctica.

**E. Elección de una alternativa y puesta en práctica.** La persona selecciona la mejor alternativa, la pone en práctica y evalúa la efectividad. Una vez aplicada, se adopta como una estrategia general para situaciones similares. Se ha de pedir a la persona que primero ponga en práctica la solución simbólicamente, imaginándose que la está llevando a término. Una vez realizada adecuadamente en su mente, ha de ponerla en práctica en la situación real en la cual tiene el problema.

## 2. Dinámicas grupales

Durante las dos sesiones se tienen que trabajar estas técnicas mediante problemas que hayan surgido en el grupo.

### 2.1. Dinámica grupal de la sesión 5

Dado que el número de participantes es de unas 12 personas, se tienen que escoger dos problemas para ejemplarizar en grupo el proceso completo. Se puede hacer que el grupo se plantee estos dos problemas con el fin de trabajar los pasos para su resolución o que los conductores del grupo planteen dos problemas "tipos", con los que los participantes puedan sentirse identificados, pero con un compromiso emocional menor.

- **Situación del problema (esquema degradado para identificarlo)**

¿Cuál es el problema?

¿Cuándo pasa?

¿Dónde pasa?

¿Quién está implicado?

- **Elaboración de la lista de problemas.** A menudo, hace falta hacer un esquema degradado del problema inicialmente planteado, siguiendo las preguntas anteriores, para centrar el proceso en el primer peldaño de la cadena, destacar una prioridad, definirla y consensuarla. Generalmente, los pacientes presentan problemas relacionados entre sí; inicialmente, se tienen que escoger uno o dos para trabajarlos:

- lutos o pérdidas
- relaciones de pareja
- relación con otros miembros de la familia nuclear o extensa
- trabajo o estudios
- dinero
- vivienda
- problemas legales o de justicia
- aislamiento social o problemas con las amistades
- uso o abuso de drogas o alcohol
- trastornos sexuales
- problemas de salud orgánicos
- otros

Hace falta que el paciente redacte sus propios problemas, anotando el tiempo que hace que los tiene (en meses) y que los enumere.

## **Modelo de resolución de problemas**

- 1. Descripción** (formulación de los problemas con frases sencillas)
- 2. Soluciones** (solución extrema inmovilista) (solución extrema rupturista). Solución escogida/solución practicada
- 3. Hitos.** Se tiene que escoger el problema más accesible y el más urgente
- 4. Observaciones**
- 5. Evaluación**
- 6. Lista de soluciones al problema (lista de pros y contras)**

## Estrategias de resolución de problemas

Descripción del problema

Planteamiento de las soluciones

Solución	Pros	Contras
1		
2		
3		
4		
5		

Descripción del problema

Planteamiento de las soluciones

Solución	Pros	Contras
1		
2		
3		
4		
5		



## 2.2. Dinámica grupal de la sesión 6

### Recomendaciones sobre la "percepción de los problemas"

- *"Tenemos que vivir sin que los problemas nos molesten. Creedme, no es una utopía; se puede conseguir sea cual sea su origen.*
- *Sé que en la vida, los problemas se presentan continuamente, pero solo son auténticos problemas los que nos molestan, ya sea porque no los sabemos resolver, o bien porque no los queremos aceptar.*
- *Una misma situación puede ser problemática para algunas personas y no serlo para otras. Eso nos demuestra que la dificultad está en nosotros, en nuestra manera de enfocar y de encajar la cuestión.*
- *Hay personas que viven siempre preocupadas por cosas insignificantes, pero que a ellas les causan malestar. Por lo tanto, la falta de felicidad no depende de la magnitud del problema, sino de cómo lo aceptamos.*
- *Cuando aprendáis a relativizar las cosas, dando a cada una su valor justo, y cuando podáis solucionar las situaciones contradictorias, muchas de las cosas que hoy os suponen un problema, desaparecerán".*

### Dinámica grupal

Este ejercicio ayuda a pararse a pensar y a buscar el máximo de alternativas posibles y las más eficaces. En función de cómo se valoran las ventajas y las desventajas que tiene cada alternativa, se tiene que escoger la más adecuada para obtener el mejor resultado posible para el problema planteado y se tiene que poner en práctica (enfrentamiento eficaz, reforzamiento positivo).

Cada participante escribe el problema que desea trabajar en la hoja de trabajo para este ejercicio, anota sus alternativas de solución (escribiendo las ventajas y las desventajas) y lo deposita en una bandeja, encima de una mesa o en un lugar común, de forma anónima. Después, una "mano inocente" o la conductora del grupo irá sacando los escritos uno por uno. Se escoge un problema y se trabaja entre todos los participantes del grupo. Se añaden las alternativas de solución que vayan aportando las personas del grupo. Después, entre todos, se tienen que comentar las opciones y escoger la que parezca, según la mayoría, más adecuada.

Esta dinámica tiene dos ventajas:

1. Proteger la confidencialidad de quien no quiere ser identificado por aquel problema, pero sí que desea trabajarlo.

2. Por el hecho de trabajar el problema de otra persona, un problema que no tiene implicación emocional para el resto del grupo, se consigue un desarrollo de las alternativas de solución más racional y objetiva.

### **Tarea para hacer en casa**

#### **Sesión 5**

Se ha de hacer una lista propia de problemas, con las alternativas de solución que se han encontrado después de haber trabajado la técnica en la sesión de grupo. Se recomienda utilizar la hoja de *Estrategias de resolución de problemas*.

#### **Sesión 6**

Cada persona escribe su problema en la hoja entregada para este ejercicio y la introduce en un sobre. Se colocan todos en una bandeja o en un sitio común, se mezclan y se reparten otra vez entre los participantes del grupo. De esta manera, cada uno trabaja, primero individualmente, y después en común, el problema que le ha tocado resolver, sin saber de quien es, ya que se mantiene la confidencialidad en cuanto a quien ha escrito cada hoja y, así, se aporta desde el principio la visión objetiva de otra persona. En este sistema, el enunciado o la descripción del problema deben estar muy bien definidos.

Si durante la sesión se trabajan los diversos problemas de los participantes sin mantener el anonimato, la realización de la alternativa escogida es un trabajo para hacer en casa sobre el cual se ha de hablar en la sesión o las sesiones posteriores.

## Anexo de las sesiones 5 y 6: terapia de resolución de problemas

La técnica de resolución de problemas (De Zurita y Goldfried)<sup>(18)</sup> es una herramienta terapéutica eficaz en el grupo de las terapias cognitivoconductuales para tratar las situaciones de estrés de la vida diaria. Se caracteriza por la facilidad de aplicación, la brevedad en el tiempo, el aprendizaje sencillo y un buen nivel de efectividad.

### 1. Indicación de la técnica

- Pérdidas reales o temidas (propiedades, nivel social, relaciones, etc.).
- Dificultades en las relaciones conyugales o interpersonales.
- Problemas laborales o de estudios.
- Adaptación a situaciones de enfermedades psíquicas o psicológicas.

El principal criterio es que haya patología psiquiátrica leve; si no hay (si no hay un diagnóstico clínico por síntomas valorados como un trastorno) no es pertinente practicar la técnica, ya que no estaríamos hablando de terapia. Esto quiere decir que si el individuo tiene problemas conyugales, por ejemplo, pero no le están creando sintomatología psicológica, es que se ha “adaptado” a los problemas y que no sería un buen candidato para esta técnica.

También está contraindicada la utilización de la técnica en el ámbito de atención primaria en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, consumo de tóxicos o trastornos de la personalidad.

J. García Campayo y otros<sup>(21)</sup> recomiendan, preferentemente, la Técnica de Resolución de Problemas en:

- Trastornos depresivos de intensidad leve o moderada
- Trastornos de ansiedad de intensidad variable
- Trastornos adaptativos de intensidad variable

Por lo que respecta a los trastornos depresivos (que son los que ahora se tratan) es importante que, al hacer la selección de pacientes que configuraran el grupo, haya el máximo de homogeneidad en estos aspectos:

1. grado de gravedad del estado depresivo (leve)
2. tiempo de duración de la enfermedad (cronicidad)
3. autoestima y confianza (indicadores que hay)

## **2. Principales conceptos teóricos**

### CONFLICTO

Se define el conflicto como aquella situación vital a la que se enfrenta una persona, delante la cual se espera que tenga una respuesta efectiva. En cambio la situación de la persona puede ser no tener ninguna, ya sea por falta de recursos, de habilidades, por ambigüedad, por incerteza, por la oposición de los otros...

Ha de quedar claro que el conflicto siempre es la percepción del sujeto y nunca la del entorno. Sí que puede ser, a menudo, la interacción de las dos cosas (persona y entorno); eso es importante porque un conflicto aumenta o disminuye de intensidad con el tiempo, no porque objetivamente cambien sus características, sino porque depende de la relación de la autopercepción y el entorno. A menudo, los conflictos que paralizan a las personas tienen relación con la autoexigencia, de manera que a medida que se ajusta más la autovaloración, se encuentran soluciones.

### ESTRÉS

El estrés aparece como una consecuencia del conflicto y es el origen de la patología psiquiátrica. Es el desajuste entre las capacidades que el individuo cree tener (como el se percibe) y las demandas internas y/o externas de determinadas situaciones personales o de la interrelación con los otros o con el entorno. A menudo, la situación de estrés disminuye las respuestas cognitivas, es decir, se ve afectada la capacidad de pensar. Se hace necesaria la aplicación de técnicas de relajación para rebajar estrés y, así, poder pensar.

### RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Es un proceso cognitivo, afectivo y conductual en que la persona (o el grupo) identifica mediante efectivos una solución para resolver los conflictos de la vida cotidiana. Incluye, asimismo, la elaboración de soluciones, la toma de decisiones y la elección de la conducta que se ha de seguir.

La resolución de conflictos es un aprendizaje de tipo social que permitirá al paciente cambiar y mejorar sus relaciones sociales; también es un método de autoinstrucción, ya que la persona puede seguir utilizando la técnica independientemente sin supervisión externa y, finalmente, es una estrategia de afrontamiento que permite adaptarse a cualquier tipo de acontecimiento vital.

### SOLUCIÓN

Es la respuesta o modelo de afrontamiento que resulta efectivo. Hace que la persona deje de percibir un conflicto como tal y, al mismo tiempo, que se maximicen las consecuencias positivas (beneficios) y que se minimicen las consecuencias negativas (costos).

La efectividad de una solución particular varía según los individuos y los entornos, ya que depende de los valores y los objetivos de la persona interesada.

Este punto de la relación beneficios/costos es muy importante porque, a veces, no se intenta solucionar el problema si los costos pueden ser demasiado elevados. Aun así, se ha de asumir que siempre hay costos.

### RESULTADOS

Son el efecto o la consecuencia de un hecho, de una actuación o deliberación.

-Evaluación de los resultados: consiste en hacer una estimación del valor de los resultados.

- Incerteza de los resultados: es el grado de indeterminación de la consecuencia o del efecto.

- Valor del resultado: es el grado de utilidad o aptitud de las consecuencias por satisfacer las necesidades o proporcionar una solución satisfactoria.

### EXPECTATIVA

Es la anticipación y la actualización imaginada de sucesos futuros (inmediatos o demorados), en conexión con nuestras aspiraciones.

A) Expectativa de eficacia: es la confianza que se podrá adoptar la conducta requerida.

B) Expectativa de resultados: es la confianza que la adopción de una determinada conducta podrá desencadenar el resultado estimado.

### PERCEPCIÓN DE CONTROL

Es la creencia de la persona sobre sus posibilidades de controlar los sucesos que tienen lugar.

A) Sensación de control: consiste en ser capaz de tomar decisiones y de poder escoger qué hacer, cómo y cuándo hacerlo.

B) Locus de control

- Interno: la persona cree que puede controlar lo que pasa en función de lo que hace o no hace.

- Externo: la persona cree que lo que le pasa depende de circunstancias externas a su control.

### MOTIVACIÓN

Fuerza que nos impulsa a realizar una acción.

A) Motivación extrínseca: es la que proviene de premios o incentivos externos, bienes materiales o la aprobación de los demás.

B) Motivación intrínseca: es la que proviene de recompensas internas, como el interés por la tarea, la curiosidad y la satisfacción personal de hacer esa tarea.

### ATRIBUCIÓN

Hace referencia a las explicaciones que cada persona se da a sí misma sobre los éxitos o fracasos, es decir, a las causas a las cuales atribuye los resultados de sus acciones.

A) Externa: fuera de la persona (la suerte).

B) Interna: dentro de la persona (la capacidad, el esfuerzo).

### COMPETENCIA

A) Competencia social. Es un constructo que define la calidad o el grado de adecuación del comportamiento de un individuo a un contexto determinado, según la valoración de un agente social de su entorno. Nos da la medida de hasta qué punto son adecuadas sus conductas sociales en un determinado entorno social.

B) Competencia emocional. Es la demostración de la autoeficacia en las interacciones sociales en que están implicadas las emociones.

### INDEFENSIÓN APRENDIDA

Es la emoción que despierta una situación sobre la cual la persona cree tener poco o ningún control. A partir de esta emoción, la persona desarrolla la expectativa que su conducta futura tendrá poco o ningún efecto en su entorno.

## **7ª sesión**

### ***Autoimagen y autoestima***

## 7ª sesión

➤ **Objetivo.** Toma de conciencia de la importancia de la autoimagen. Mejorar la autoimagen, la autoconfianza, la sensación de bienestar y la calidad de vida.

➤ **Contenido:**

- Autocura
- Autoimagen
- Autoestima

La autoestima es el núcleo principal alrededor del cual orbita cada aspecto de la vida de la persona. El grado de bienestar que es capaz de experimentar, el éxito que le permitan expresar y otros aspectos de su vida personal están intrínsecamente ligados a la autoestima.

El objetivo de esta sesión es la toma de conciencia de la importancia de tener un buen concepto de uno mismo. Aprender a identificar y reconocer nuestras virtudes y/o puntos fuertes, nuestros defectos y/o puntos débiles. Autoconfianza: centrarnos en nuestros puntos fuertes y saber minimizar el efecto de nuestros puntos débiles.

### Desarrollo de la sesión

1. Revisión de los contenidos de la sesión anterior, facilitando la participación del grupo, ya sea porque alguien recuerda lo acontecido o porque participe parcialmente guiado por el conductor. Comentarios del grupo respecto a estos contenidos.
2. Puesta en común de las actividades para hacer en casa: *Estrategias de resolución de problemas*.
3. Presentación del contenido de la sesión y puesta en común.
4. Actividades para hacer en casa: *Realizar una lista de 20 aspectos positivos de uno mismo* y comentar cómo nos cuidamos durante la semana.



## **1. ¿Qué entendemos por autoestima?** (20, 30, 46)

- *Capacidad de tener un buen concepto de uno mismo.*
- *Reconocer las virtudes y aceptar los defectos para trabajarlos.*
- *Autoconfianza: centrarnos en nuestros puntos fuertes y saber minimizar el efecto de nuestros puntos débiles.*

### **Nivel de autoestima alto**

- *Un nivel de autoestima alto nos permite tener relaciones más funcionales, saludables y profundas, principalmente con nosotros mismos.*
- *Se basa en la habilidad para evaluarnos objetivamente y aceptarnos incondicionalmente, con fortalezas y limitaciones.*
- *No se ha de confundir con el egoísmo o con sentirse superior (intentos de ocultar sentimientos negativos sobre nosotros mismos).*

### **Nivel de autoestima bajo:**

- *Con un nivel de autoestima bajo nos cuesta asumir riesgos y tomar decisiones para vivir una vida gratificante.*
- *También nos afecta en las relaciones personales.*
- *Dependemos de resultados presentes para establecer como nos hemos de sentir con nosotros mismos.*
- *Necesitamos experiencias externas positivas para contrarrestar los sentimientos negativos hacia nosotros mismos.*

### **Hemos de tener un “diálogo interno positivo”:**

- *Nuestra mente es incapaz de tener dos conceptos contradictorios respecto a nosotros mismos.*
- *Alimentemos la mente de pensamientos positivos sobre nosotros y nos permitirá mejorar la imagen que tenemos de nosotros mismos.*
- *Nos hemos de hacer una autocrítica que sea muy leve y siempre con aportaciones de mejora. No hemos de hablar de defectos, sino de cosas que podemos mejorar.*
- *Para aceptar las críticas, nos han de especificar actitudes y hechos. “Especifícame qué he hecho, qué actitud te ha molestado que yo haya adoptado”.*

## 2. Dinámicas grupales

### 2.1. Dinámica grupal 1

Cada miembro del grupo ha de intentar conocer y remarcar las cualidades de sus compañeros. En una hoja, cada persona escribe el nombre de uno de los compañeros del grupo y, al lado, escribe una de sus cualidades características. Las hojas se colocan en la pared y, por turnos, todas las personas del grupo han de ir pasando y añadiendo una cualidad en la hoja de cada compañero o, si coinciden con una que ya está escrita, han de subrayarla. Para facilitar la dinámica, se puede dividir el grupo en subgrupos. El conductor ha de resaltar si tenemos tendencia a ver el lado bueno de los otros o no.

### 2.2. Dinámica 2: Ejercicio con música y movimiento

- En una hoja, cada persona escribe alguna cosa positiva sobre ella misma.
- Se inicia la música y las personas del grupo se mueven libremente por la sala.
- Cuando se para la música, los participantes se juntan por parejas y se intercambian las hojas. Detrás de la hoja del compañero, escriben una impresión positiva sobre él y le devuelven la hoja.
- Se repite el ejercicio varias veces.
- Cada persona vuelve a su lugar y lee lo que otros compañeros le han escrito, primero en voz baja para ella misma, y después en voz alta. El resultado se comenta.
- Cada persona escribe las impresiones que los otros le han escrito, ahora en primera persona: “yo soy...”
- Y se vuelve a hacer una ronda leyendo las frases en primera persona y se comentan nuevamente los resultados.
- En casa, este papel o un recordatorio de lo que se ha escrito ha de quedar a la vista y se ha de repasar diariamente.

#### **Actividades para hacer en casa**

- Hacer una lista de 20 aspectos positivos de uno mismo. Si no se consiguen 20, se puede pedir ayuda a un amigo o familiar. También se puede pedir que un familiar o un amigo realice este ejercicio pensando en ti, de esta manera, se pueden comparar los aspectos positivos que tú piensas de ti mismo y lo que piensan los demás.
- Anotar como nos cuidamos durante la semana: pequeños premios que nos damos (no hace falta que sean cosas materiales): disfrutar del paisaje, una llamada a un amigo, reconocer que hacemos algo bien, etc.

## Lista de aspectos positivos

---

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

# **8ª sesión**

## ***Asertividad***

## 8ª sesión

- **Objetivo.** Conocer y hacer uso de estrategias de buena comunicación que faciliten la asertividad.
  
- **Contenido**
  - Saber identificar el estilo de comunicación asertivo.
  - Saber reaccionar positivamente y actuar constructivamente en las situaciones de desacuerdo.
  - Relacionarse efectivamente con otras personas.

### Desarrollo de la sesión

1. Revisión de los contenidos de la sesión anterior, facilitando la participación del grupo, ya sea porque alguien hace el recordatorio o porque participa parcialmente. Comentarios del grupo respecto a estos contenidos.
2. Puesta en común de las tareas para hacer en casa: *Lista de aspectos positivos y Cómo nos cuidamos durante la semana*.
3. Presentación del concepto de asertividad.
4. Puesta en común. Identificación de los estilos de comunicación asertiva, pasiva y agresiva mediante actividades grupales.
5. Tareas para hacer en casa: Cuestionario *de respuesta interpersonal*.

**Nota:** Esta sesión presenta un anexo al final con información complementaria para el enfermero/a. Se adjunta esta información como material de soporte, de consulta o para ampliar conocimientos sobre el tema y no para ser utilizado ni entregado a los pacientes durante la sesión.

#### 1. La asertividad<sup>(12)</sup>

*“Gran parte del éxito o del fracaso en nuestras relaciones sociales dependerán de si conocemos a los otros para comprenderlos mejor. Un concepto básico para conseguirlo es la asertividad.*

*Se puede entender por asertividad la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular por las otras personas.*

*Podemos diferenciar la persona asertiva por:*

1. *Su capacidad de escuchar a las otras personas.*

2. La posibilidad que tiene de decir “no” cuando quiere decir “no”, sin sentirse culpable.
3. La facilidad para hacer y recibir críticas constructivamente”.

## **2. Estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo**<sup>(12)</sup>

“Partimos de la premisa que nadie no es puramente pasivo, agresivo ni asertivo; sino que todos tenemos tendencias, más o menos acentuadas, hacia a algunas de estas conductas. Así que, dependiendo de la problemática de cada uno y de la importancia que tenga para nosotros, nos podemos comportar de forma diferente.

Podemos diferenciar, a grandes rasgos, tres estilos comunicativos:

- a) La **persona pasiva o sumisa** que no defiende sus derechos ni intereses personales. Respeta a los otros, pero no se respeta a ella misma.
- b) La **persona agresiva** que defiende en exceso sus derechos e intereses personales, sin tener en cuenta los de los demás.
- c) La **persona asertiva** que conoce sus propios derechos y los defiende, respetando los de los demás; es decir, no quiere “ganar”, sino “llegar a un acuerdo”.

Cuando nos comunicamos, tan importante es la comunicación verbal como los componentes no verbales. La comunicación no verbal es inevitable en presencia de otras personas. Para que un mensaje se considere transmitido de forma asertiva, las señales no verbales han de ser congruentes con el contenido verbal. Debemos tener en cuenta la mirada, la expresión facial, la postura corporal, así como las características de la voz (fluidez, entonación, volumen, claridad y velocidad).

### ➤ **Fijémonos que las personas asertivas**<sup>(12)</sup>:

- Miran más mientras hablan que las personas poco asertivas.
- Adoptan una expresión facial en consonancia con el mensaje que queremos transmitir.
- Adoptan una postura próxima, mirando de frente la persona.
- Sus gestos son desinhibidos, sugieren franqueza, seguridad en ellas mismas y espontaneidad.

### ➤ **Recordemos que la persona asertiva**<sup>(12)</sup>:

- Sabe decir “no”
  - Manifiesta una postura propia frente a un tema, petición o demanda.

- *Expresa un razonamiento para explicar y justificar su postura, sus sentimientos, su petición.*
- *Expresa comprensión hacia las posturas, los sentimientos y las demandas de los otros.*
  
- *Sabe pedir favores y reaccionar ante un ataque.*
  - *Expresa la presencia de un problema (si existe) que le parece que se ha de modificar.*
  - *Sabe hacer peticiones cuando es necesario.*
  - *Pide aclaraciones, si hay algún tema que no ve claro.*
  
- *Sabe expresar sentimientos*
  - *Expresa gratitud, afecto, admiración...*
  - *También, insatisfacción, dolor, desconcierto...*

*De forma asertiva, podemos denotar a la persona con quien nos comunicamos, que la manera como nos está diciendo las cosas nos duele y, de este modo, promovemos un cambio en su conducta; la manera más habitual de formular nuestra demanda es la descrita por Gambrill y Richey (1985), que propone 5 pasos<sup>(8)</sup>:*

1. *CUANDO... Describir en el momento que se produce la conducta específica que nos molesta.*
2. *ME SIENTO... Describir los sentimientos que nos produce esta conducta.*
3. *PORQUE... Explicar como nos afecta la conducta problemática.*
4. *ME GUSTARÍA O PREFERIRÍA... Describir la conducta alternativa que deseáramos.*
5. *PORQUE... Describir como nos sentiremos con este cambio de conducta.*

*En el esquema-resumen siguiente, podemos ver la posición que adoptamos, el objetivo que buscamos, sus consecuencias y la reacción que se produce cuando nos comportamos de manera pasiva, agresiva o asertiva; así como la comunicación verbal y no verbal que caracteriza cada estilo<sup>(21)</sup>:*

<b>Características</b>	<b>Estilo pasivo</b>	<b>Estilo agresivo</b>	<b>Estilo asertivo</b>
<b>Postura que adopta</b>	“Soy inferior a las otras personas”.	“Soy superior a las otras personas”.	“Soy igual que las otras personas”. “Puedo confiar en las otras personas”.
<b>Objetivo que busca</b>	Evitar conflictos.	Ganar de todas maneras.	Llegar a un acuerdo con sinceridad.
<b>Consecuencias que produce</b>	Es incapaz de expresar opiniones; acepta la postura de los otros; tiende a huir.	Es incapaz de negociar; expone rotundamente su opinión.	Expresa sinceramente los sentimientos; escucha a las otras personas.
<b>Causa posible</b>	Entorno familiar muy crítico.	Entorno familiar muy agresivo.	Generalmente, aprendizaje.
<b>Reacción que produce en los otros</b>	Compasión inicial, pero indiferencia posterior.	Miedo, ganas de pelearse, enojo.	Respeto.
<b>Conducta verbal</b>	Frases indirectas, poco claras (“puede ser, no lo sé, a veces...”).	Frases en segunda persona (“eres un..., que te piensas..., deja de...”).	Frases en primera persona (“yo pienso..., yo siento..., me gustaría...”).
<b>Conducta no verbal</b>	Voz baja, sin mirar directamente a los ojos, evitativa.	Voz alta, mirada fija y agresiva, postura rígida.	Voz segura y clara, mirada a los ojos, cuerpo relajado y seguro.

### **3. Dinámicas grupales**

*3.1. Mediante unos ejercicios de ejemplo, nos aproximaremos a la realidad de cada persona para que pueda identificar el estilo de comunicación que utiliza.*

*Ante las situaciones siguientes, identificaremos la respuesta asertiva/pasiva/agresiva.*



### **Situación 1**

*Tu amiga/o acaba de llegar a la cafetería donde habéis quedado, justo una hora tarde. No te ha llamado para avisar de que se atrasaría. Tú te sientes irritada/o por el retraso. Le dices:*

- \* “Siéntate, el café está servido”. CONDUCTA PASIVA.*
- \* “Te he estado esperando durante una hora. Me hubiera gustado que me avisaras de que llegabas tarde”. CONDUCTA ASERTIVA.*
- \* “Me has puesto muy nervioso llegando tarde. Es la última vez que te invito y tomamos un café juntos”. CONDUCTA AGRESIVA.*

### **Situación 2**

*Una amiga te da constantemente su lista de las cosas que ha de comprar, para que tú vayas. Tú has decidido acabar con esta situación. Tu amiga acaba de pedirte que le vayas a comprar. Tú le contestas:*

- \* “Estoy bastante ocupada/o. Pero si no puedes, te puedo ayudar”. CONDUCTA PASIVA.*
- \* “Olvídate. Casi ya han cerrado las tiendas. Me tratas como un esclavo. Eres una desconsiderada”. CONDUCTA AGRESIVA.*
- \* “No, Anna. No voy a comprar por ti. Estoy cansada/o de hacer, además de mi trabajo, el tuyo”. CONDUCTA ASERTIVA.*

### **Situación 3**

*Un vecino nuevo acaba de llegar a la reunión de vecinos y lo quieres conocer.*

- \* Sonríes al mismo tiempo que el vecino nuevo se aproxima, pero no le dices nada. CONDUCTA PASIVA.*
- \* Tú te aproximas donde está él y le dices: “¡Hola! Soy Antonio/Luisa. Soy el vecino/a de... Bienvenido a la comunidad de vecinos. Me alegro de conocerte”. CONDUCTA ASERTIVA.*
- \* Miras detalladamente al nuevo vecino a distancia. CONDUCTA AGRESIVA.*

**3.2.** El conductor o un participante del grupo ha de leer el siguiente fragmento en voz alta. Después se expone en común en el grupo.

*“Siempre que se te presenten situaciones adversas que no puedas cambiar, acéptalas. En el momento que las aceptes, se reducirán a la mitad, incluso pueden llegar a desaparecer. Lo peor que puedes hacer es vivir con pensamientos que te mortifiquen.*

*La aceptación permite el cambio.*

*Además, intenta aprender todo lo que puedas de estas situaciones, como si fueran lecciones para tu crecimiento interior.*

*Una causa de problemas muy común en muchas personas es no saber decir “NO”. En efecto, cuando te pidan cualquier tipo de favor o compromiso, si entiendes que no te interesa decir “Sí”, desde el primer momento, ten la valentía de decir “NO”. Aunque te cueste.*

*No contestes nunca con evasivas como, por ejemplo, que te lo pensarás y ya les dirás alguna cosa, ya que, mientras no les des la respuesta definitiva, te sentirás mal; sobretodo si se trata de personas a quien te gustaría complacer, pero ves que no es posible. Además, les puedes crear falsas esperanzas. Por otro lado, si cuando fueras a darles la respuesta ya fuera demasiado tarde para decir NO, finalmente, deberías aceptar hacer alguna cosa que puede comportarte consecuencias no deseadas”.*

**Deberes para hacer en casa:** Os proponemos un ejercicio de reflexión y autoconocimiento de nuestro estilo de comunicación mediante el *Cuestionario de respuesta interpersonal*.

El resultado del cuestionario sigue la siguiente puntuación:

Valor asignado a los enunciados:  $1+4+7+10+13+16=$  *Estilo pasivo*.

Valor asignado a los enunciados:  $2+5+8+11+14+17=$  *Estilo agresivo*

Valor asignado a los enunciados:  $3+6+9+12+15+18=$  *Estilo asertivo*.

## Cuestionario de respuesta interpersonal. Estilos de comunicación

¿Hasta qué punto las frases siguientes describen vuestra conducta respecto a la relación con los demás?

Anotad el valor que representa vuestra respuesta a la derecha de cada frase:

Nunca es así. 1 punto.

Alguna vez es así. 2 puntos.

Casi siempre es así. 3 puntos.

Siempre es así. 4 puntos.

Preguntas	Puntuación
1. Si se elogia mi trabajo respondo con más modestia de la que realmente siento.	
2. Si alguien me ofende, le pago de la misma manera.	
3. Los otros me encuentran interesante.	
4. Me resulta difícil hablar en un grupo de gente desconocida.	
5. No dudo en utilizar el sarcasmo, si me ayuda a salir "ganando".	
6. Pido tiempo para mí y pongo límite a los demás (reclamándoles un ascenso o un aumento de sueldo), si creo que realmente lo merezco.	
7. Si alguien me interrumpe cuando estoy hablando me sabe mal, pero no le digo nada.	
8. Cuando alguien critica mi trabajo, encuentro la manera de hacer que se retracte.	
9. Sé expresar orgullo por mis éxitos, sin ser fanfarrón.	
10. La gente se aprovecha de mí.	
11. Digo a la gente lo que quieren escuchar, si de este modo me ayuda a conseguir lo que yo quiero.	
12. Me resulta fácil pedir ayuda.	
13. Dejo prestadas cosas a los demás, aunque realmente no quiera hacerlo.	
14. Gano argumentos imponiéndome en las discusiones.	
15. Puedo expresar mis sentimientos a alguien a quien realmente tengo afecto.	
16. Cuando estoy enfadado me reprimo, en lugar de expresarlo.	
17. Cuando critico el trabajo de los demás, consigo ponerlos furiosos.	
18. Confío en mi capacidad para defender mis derechos.	

Cuando hayáis acabado de responder el cuestionario, sumad las puntuaciones de cada una de las secuencias de preguntas que os detallamos a continuación:

Secuencias de preguntas	Suma de las puntuaciones	Estilo resultante
Valor asignado a los enunciados: 1+4+7+10+13+16		
Valor asignado a los enunciados: 2+5+8+11+14+17		
Valor asignado a los enunciados: 3+6+9+12+15+18		

## Anexo de la sesión 8: asertividad

### 1. Derechos asertivos

Se debe tener siempre presente que la asertividad parte de la idea que todo ser humano tiene ciertos derechos:

1. Derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
2. Derecho a experimentar y expresar los propios sentimientos y emociones.
3. Derecho a ser escuchado y considerado seriamente.
4. Derecho a juzgar las propias necesidades, establecer las propias prioridades y tomar las propias decisiones.
5. Derecho a decir “no”, sin sentir culpa.
6. Derecho a pedir lo que se quiera, aceptando que el otro tiene derecho a decir “no”.
7. Derecho a cambiar de opinión, idea o línea de acción.
8. Derecho a equivocarse y a hacerse responsable de los propios errores.
9. Derecho a pedir información y ser informado.
10. Derecho a obtener lo que corresponda por lo que se ha pagado.
11. Derecho a decidir no ser asertivo.
12. Derecho a ser independiente.
13. Derecho a decidir que hacer con las propiedades, el cuerpo, el tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de las otras personas.
14. Derecho a tener éxito.
15. Derecho a disfrutar.
16. Derecho al descanso y al aislamiento, siendo asertivo.
17. Derecho a la autosuperación, aunque supere al resto.

### 2. Técnicas o conductas asertivas

Frecuentemente hay personas que no se muestran respetuosas con lo que dicen las otras personas y que no se dan por vencidas ante las posturas asertivas. En estos casos, es necesario no “acobardarse” ni ceder terreno, y aguantar progresivamente y con paciencia la firmeza de la respuesta inicial.

Ante comportamientos no asertivos de los demás, se puede responder de diversas maneras mediante técnicas de asertividad para discusiones como las que se muestran a continuación:

**2.1. El disco rallado.** Como su nombre indica, consiste en hablar como un disco rallado, repitiendo una vez tras otra lo que queremos decir, sin entrar en las discusiones ni en las provocaciones que pueda hacer la otra persona.

Por ejemplo, la persona asertiva se limita a repetir ante el abanico de propuestas que le presenta un vendedor “a puerta fría”, que lo que le ofrece “*no me interesa*”.

### **2.2. El banco de niebla o “técnica de claudicación simulada”**

Consiste en dar la razón a la persona en lo que se considera que puede haber de cierto en sus críticas, pero negándose a la vez a entrar en más discusiones.

Esta técnica emplea los argumentos de la persona que critica, pero sin que intervenga un sentimiento de confrontación, porque se utilizan frases del tipo: “*es posible*”, “*puede ser que tengas razón*”, “*seguro que a ti te lo parece*”, “*seguro que a ti te da esta sensación*”...

### **2.3. Aplazamiento asertivo**

Respuesta muy útil para personas indecisas y que no tienen una respuesta rápida.

Consiste en aplazar la respuesta que se da a quien hace la crítica, hasta que la persona se sienta más tranquila y con capacidad de responder correctamente. Ej. “*Ahora tengo trabajo, si te parece, hablamos más tarde con calma*”.

## **9ª sesión**

### ***Como cuidarse para avanzar II***

## 9ª sesión

➤ **Objetivo.** Toma de conciencia del uso del tiempo: el ritmo de la actividad diaria, el sentido de la competencia y la capacidad de disfrutar. Aprender a hacer una actividad moderada supervisada (activarse).

- Generar alternativas de actividades potencialmente generadoras de satisfacción.
- También, una posición activa como motor de cambio y posibilidad de modificar mecanismos de afrontamiento inadecuados.
- Aprender a utilizar como herramientas: planificación, priorización y visión de conjunto.
- Facilitar los factores de prevención.

➤ **Contenido**

- Ejercicio físico.
- Gestión del tiempo.
- Actividades diarias.

Se sabe que hacer ejercicio produce una mejora del humor y de la sensación de bienestar general; por eso es por lo que se ha intentado determinar hasta qué punto puede ser útil como tratamiento en los pacientes con depresión. El paciente deprimido que hace un ejercicio regular consigue desarrollar su autoestima, mejorar y aumentar el apoyo que recibe de los suyos y favorecer sus relaciones con el entorno<sup>(22)</sup>

### Desarrollo de la sesión

- 1 . Revisión de los contenidos de la sesión anterior, facilitando la participación del grupo, ya sea porque alguien hace el recordatorio o porque participa parcialmente. Comentarios del grupo respecto a estos contenidos.
- 2 . Puesta en común de la tarea para hacer en casa: *Cuestionario de estilos de comunicación*.
- 3 . Presentación del contenido de la sesión y puesta en común.
- 4 . Tareas por hacer a casa: *Lista de actividades de tiempo libre*.

**Nota.** Esta sesión presenta un anexo al final con información complementaria para la enfermera/o sobre la indicación del ejercicio físico. Se ha adjuntado esta información como material de apoyo, de consulta o para ampliar conocimientos sobre el tema, y no para ser utilizada ni entregada a los pacientes durante la sesión.

## **1. Ejercicio físico**

En personas con depresión leve o moderada, el ejercicio estructurado y supervisado tiene un impacto clínico significativo en la mejora de los síntomas<sup>(34)</sup>. A estas personas, se les debe recomendar programas de ejercicio estructurado y supervisado, de intensidad moderada.

Se entiende por ejercicio físico moderado, cualquier tipo de actividad física que se lleve a término diariamente de forma planificada, estructurada, repetitiva e intencionada, que no comporta a quien lo practica un cansancio excesivo y, por lo tanto, puede hacerlo con la energía suficiente para disfrutarlo.

### **1.1. Principios básicos de toda actividad física**

- Calentamiento: 5 - 10 minutos.
- Duración: comenzar con 20 minutos, después 25 y después 30 minutos.
- Intensidad: hay que aumentarla a medida que se alarga el entrenamiento.
- Frecuencia: 3 - 5 veces a la semana.
- Rutina: 5 veces a la semana, pero todo el año.
- Estiramientos: 3-5 minutos.
- Relajación: para recuperarse del cansancio y de la tensión.

### **1.2. Efectos beneficiosos del ejercicio físico**

- Disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardíacas.
- Aumenta la capacidad respiratoria.
- Mejora el tono muscular y la resistencia al esfuerzo.
- Ayuda a mantener el peso ideal.
- Proporciona flexibilidad y equilibrio.
- Mejora el estado de ánimo.
- Ayuda a combatir el estrés y la ansiedad.
- Permite conocer gente nueva y hacer amistades.



## 2. Gestión del tiempo y la actividad de la vida diaria<sup>(48,51)</sup>

### 2.1. Ideas Conceptuales

Se ha de organizar el tiempo incorporando ideas que proporcionen:

- más flexibilidad.
- mejor distribución de las cargas.
- ayuda para priorizar.

### 2.2 Utilización del tiempo

A continuación, nombraremos una serie de consejos:

- *“Pensar en un día como una unidad de tiempo abordable. Considerad las actividades diarias, semanales y mensuales.*
- *Aprender a diferenciar entre las tareas habituales y las especiales, que requieren más tiempo.*
- *Intentar disfrutar sensorialmente de las pequeñas cosas que hacéis cada día. Ejemplo: si estáis en la ducha, sentir el agua caliente, el aroma del jabón, la hidratación de la piel.*
- *Planificar el tiempo de dedicación y el tiempo límite.*
- *Sacar provecho del tiempo que no utilizéis.*
- *Aprender a delegar como primer paso para la planificación.*
- *Utilizar la pausa como recarga de energía. Podéis tener cada día una cita con vosotras-os mismas/os.*
- *Daros una hora diaria de ocio para facilitar la recuperación de la capacidad de disfrutar. Reactivad la capacidad receptiva delante de las satisfacciones.*
- *Realizar gradualmente las tareas:*
  - *Establecer prioridades para hacer las tareas cotidianas y destinar el tiempo necesario para poder llevarlas a término con tranquilidad, asumiendo vuestra velocidad óptima individual para hacer las cosas.*
  - *Agrupar tareas según las capacidades requeridas*
    - *Actividades de fácil consecución para horas diarias de menos concentración.*
    - *Actividades de más rendimiento para horas del día de más concentración.*
  - *Ser flexibles con vosotras-os mismas/os. No imponeros muchas actividades. Intentar concentraros en la tarea que estáis realizando, aunque necesitéis más tiempo. El hecho de poder aceptar otro ritmo os hará tener un mejor conocimiento de vosotras-os mismas/os.*
  - *Evitar hacer demasiadas innovaciones, lo conocido nos da seguridad, cuando mejoremos podéis probar otras actividades estimulantes, nuevas aficiones”.*

### 2.3 Palabras y pensamientos motivadores para utilizar en la sesión

- “Cuanto más podamos planificar, menos podrá intervenir la casualidad”.
- “Lo importante no es como sopla el viento sino la colocación de las velas”.
- “Pocos son los que tienen el tiempo suficiente y cualquiera tiene casi todo el tiempo que hay”.
- “Paso a paso hasta la consecución de un objetivo”.
- “Rescatar los pequeños momentos que nos hacen esbozar una sonrisa”.
- “El camino largo se recorre paso a paso y es en cada paso que nos hemos de ir fijando”.
- “Siembra un pensamiento -recoge una acción  
Siembra una acción - recoge un hábito  
Siembra un hábito- recoge un carácter  
Siembra un carácter – recoge un destino.”

Aspectos potencialmente modificables: vitalidad, movilidad y margen de maniobra.  
Capacidad de reencontrar nuevamente placer y significado.

### 3. Dinámica grupal

Pregunta para los participantes:

*“¿Cómo sería, para cada uno de los miembros del grupo, un buen día?”*

- Es necesario que los participantes anoten en una hoja qué elementos no faltarían. Después han de ponerlo en común, resaltar las coincidencias y anotar si han encontrado algún elemento de otros compañeros que quieran aplicar a su pensamiento de *“un buen día”*.
- Se debe preguntar a los participantes como se organizan un día cualquiera de su vida cotidiana y ver si hay elementos que los ayuden a mejorar la satisfacción personal.
- Es necesario detectar las actividades que les ayudan a *“recargar las pilas”* en un mal día o en un mal momento.
- Se ha de entregar al grupo una lista de actividades y la frecuencia con que se practican para que detecten las actividades que aumentan la capacidad de disfrutar; si las actividades propuestas son grupales, el hecho de ponerlas en común, puede que favorezca que las puedan hacer con miembros del grupo.
- Se puede proponer que anoten más actividades que formen parte de sus aficiones, para ir ampliando su *“caja de herramientas”*.

**Tareas para hacer en casa:** *Lista de actividades de tiempo libre.* ¿En el último año con qué frecuencia has practicado alguna de las actividades siguientes? (material elaborado por el equipo del Club Social del Centre d'Higiene Mental Les Corts)

Hay que entregar una fotocopia a cada participante del grupo, y que la rellene durante el transcurso de la semana.

## Lista de actividades de tiempo libre

En el último año, ¿con qué frecuencia has practicado alguna de las actividades siguientes?

	Nunca	De manera esporádica	Cada mes	Cada semana	Más de dos días a la semana
Leer la prensa, escuchar o ver las noticias.					
Practicar un deporte.					
Hacer algún taller artístico o trabajo manual o un curso cultural (gastronomía, idiomas, danza, taichi).					
Ir al cine.					
Ir a la biblioteca.					
Ir a cenar o a tomar alguna cosa, a la discoteca o a bares musicales <u>de noche</u> (pasadas las 22 h).					
Ir a espectáculos: conciertos, obras de teatro, danza, circo...					
Hacer actividades de voluntariado.					
Practicar alguna afición en casa o fuera.					
Ver la TV.					
Ver la TV por la mañana.					
Navegar por Internet.					
Escuchar la radio.					
Escuchar música.					
Leer.					
Escribir.					
Jugar a videojuegos.					
Jugar a juegos de mesa.					
Cuidar de una mascota.					
Cuidando plantas, de un jardín o un huerto.					
Cuidar o visitar algún amigo o familiar.					
Dedicar un rato a no hacer nada: tumbarse, mirar por la ventana, pensar, etc.					
Dormir "fuera de horas", hacer la siesta.					
Participar en la vida asociativa (en asociaciones, colectivos, en la parroquia, o en una ONG...).					
Quedar con los amigos.					
Otros:					

## Anexo de la sesión 9: El uso del tiempo

### **EL EJERCICIO FÍSICO**<sub>(23, 50)</sub>

---

En personas con depresión leve o moderada, el ejercicio estructurado y supervisado tiene un impacto clínico significativo en la mejora de los síntomas <sup>(34)</sup>.

A los pacientes con depresión leve-moderada, se les deberían recomendar programas de ejercicio estructurado y supervisado, de intensidad moderada, con una frecuencia de 2-3 veces por semana y una duración de 40-45 minutos, por espacio de 10 a 12 semanas.

El ejercicio "mínimo" consiste en caminar a un ritmo ligero durante 30-45 minutos, preferiblemente, cada día; esta actividad se puede convertir en un punto de partida para organizar las actividades diarias.

Se define "ejercicio supervisado" como el totalmente dirigido. Los ejercicios "de intensidad moderada" son aquellos ejercicios que consumen entre 3 y 6 equivalentes metabólicos (MET): un MET= 3,5 ml d'O<sub>2</sub> por kg de peso corporal, por minuto.

El ejercicio aeróbico se ha mostrado más efectivo que el entrenamiento de la fuerza y la flexibilidad. Es necesario practicar, preferentemente, ejercicios como caminar, nadar o ir en bicicleta.

Es recomendable hacer un control de la tensión arterial, un electrocardiograma (ECG) y una analítica; así como descartar una patología previa o el consumo de tóxicos.

El ejercicio se ha de adaptar a las capacidades, las preferencias y al estilo de cada persona, con la finalidad de favorecer el cumplimiento.

En todos los casos, es necesario hacer ejercicios de calentamiento de una intensidad baja durante 5 ó 10 minutos, junto con estiramientos musculares. Es importantísimo y se ha de insistir en realizar una buena hidratación antes, durante y después del ejercicio físico.

Es muy recomendable la práctica de actividad física en grupos pequeños, creando un ambiente de participación poco competitivo.

El hecho de practicar ejercicio físico de forma regular aumenta la esperanza de vida y ayuda a mantener la salud física y mental.

Es recomendable hacer el ejercicio integrando la actividad física en nuestra vida cotidiana: caminar, subir escaleras, pasear...

Realizar ejercicio físico no implica hacer un esfuerzo "de competición". Niveles razonables de ejercicio ya son beneficiosos.

No es necesario realizar toda la actividad física "de una sola vez"; se puede practicar todo el ejercicio deseable de forma intercalada durante el día. Hacer unos 30 minutos de actividad física moderada, la mayoría de los días de la semana, es suficiente para conseguir los efectos saludables que comporta el ejercicio físico.

## 1. Efectos beneficiosos del ejercicio físico

### 1.1. Ejercicios de calentamiento, estiramientos y vuelta al estado de reposo

#### Ejercicios de estiramiento (duración de la actividad: unos 8-10 minutos)



# **10<sup>a</sup> y 11<sup>a</sup> sesiones**

## ***Los pensamientos positivos***

## 10ª y 11ª sesiones

### ➤ **Objetivo**

- Aprender estrategias cognitivas que ayuden a los participantes del grupo a identificar los pensamientos negativos irracionales característicos de los episodios depresivos.

### ➤ **Contenido**

- Proporcionar conocimientos, a los participantes del grupo, de las diversas técnicas que les pueden ayudar en el aprendizaje de estrategias cognitivas para identificar los pensamientos irracionales y trabajar en la elaboración de pensamientos más adaptativos/racionales.
- Conocer como son los pensamientos negativos e irracionales característicos de los episodios depresivos.
- Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales, por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales.
- Clasificar los pensamientos (positivos/negativos; racionales/irracionales), así como sus consecuencias.
- Aprender a identificar aspectos y pensamientos positivos/racionales.

## **Desarrollo de la sesión**

1. Revisión de los contenidos de la sesión anterior, facilitando la participación del grupo, bien sea porque alguien hace el recordatorio o porque participa parcialmente. Comentarios del grupo respecto a estos contenidos.
2. Puesta en común de las tareas realizadas en casa durante la semana: *¿Con qué frecuencia has practicado alguna de las actividades siguientes?*
3. Presentación de las características de los pensamientos negativos irracionales propios del episodio depresivo. Características de los pensamientos racionales positivos.
4. Puesta en común en el grupo que facilite la identificación de pensamientos negativos irracionales y la propuesta de pensamientos más adaptativos o racionales.
5. Realización de la actividad del grupo.
6. Tareas para realizar en casa: registro de los pensamientos irracionales negativos y las consecuencias que comportan.



**Nota.** Esta sesión presenta un anexo al final con información complementaria para la enfermera/o sobre los pensamientos positivos. Se ha adjuntado esta información como material de soporte, de consulta o para ampliar conocimientos sobre el tema, y no para ser utilizada ni entregada a los pacientes durante la sesión.

## **1. Técnicas cognitivoconductuales**

Las técnicas cognitivoconductuales pueden ser utilizadas para disminuir y reconducir las reacciones emocionales intensas que favorecen a menudo reacciones disfuncionales, desadaptativas o a bloquear la persona, alejándola de las conductas que querría mostrar.

Los pensamientos participan en la dirección que toman las emociones. Ampliando la representación mental que se hace de la realidad a través del pensamiento y del lenguaje, se pueden reconducir las reacciones emocionales disfuncionales y, por extensión, adecuar los comportamientos en la dirección deseada.

Mediante las técnicas cognitivoconductuales se pueden trabajar procedimientos de autoayuda que pueden ser utilizados para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas.

No son las situaciones o los eventos los que causan los estados depresivos (los que hacen que nos enfademos, sintamos ansiedad o celos), sino que son los pensamientos que nosotros tenemos sobre aquellos hechos, los responsables de nuestras emociones. Cambiando nuestros pensamientos, podemos cambiar nuestras emociones.

### **1.1. El procedimiento terapéutico para trabajar las distorsiones cognitivas**

1. Análisis funcional de la conducta depresiva. La persona realiza un autoregistro y, además, un registro conductual en el que identifica, de las actividades que ha de realizar diariamente, las que considera agradables y reforzadoras.
2. Generación de soluciones. Se formulan maneras de pensar alternativas a las formas rígidas y estereotipadas; y, también, formas alternativas conductuales, introducidas mediante técnicas como el modelaje, la realización gradual de tareas, el entrenamiento en relajación o las habilidades sociales.
3. Experimentación personal que consiste en poner a prueba nuevas hipótesis y estrategias de pensamiento y comportamiento en la vida cotidiana de la persona.
4. Evaluación de los procesos, teniendo en cuenta el cambio conductual.
5. Graduación de la intervención terapéutica.

## **1.2. Descripción de diversas estrategias cognitivas que pueden ayudar a sustituir los pensamientos distorsionados por otros más adaptativos.**

**1.2.1 Entrenamiento en el reto de los pensamientos negativos.** Tiene el objetivo de elaborar argumentos que reducen la intensidad y la validez de los pensamientos negativos. Algunas alternativas para enfrentarse a los pensamientos negativos pueden ser:

- Antes de estar deprimido, ¿percibía mi realidad tan negativamente como ahora?
- ¿Estoy minimizando los aspectos positivos?
- ¿Estoy exagerando los aspectos negativos?
- ¿Es realista y objetivo lo que pienso?
- ¿Me sirve de algo pensar así?
- ¿Cómo pensaría otra persona?
- ¿Qué pruebas hay a favor y en contra que confirmen mis pensamientos negativos?

**1.2.2 Entrenamiento en autoinstrucciones.** Las autoinstrucciones tienen el objetivo de modificar el monólogo interno negativo de la persona, de forma que los pensamientos negativos sean sustituidos por pensamientos positivos.

El entrenamiento consiste en hacer que la persona se diga una serie de frases racionales como método para contrapesar sus creencias irracionales. Cada una de estas frases se ha de escribir en una tarjeta. Ejemplos: *“tu puedes hacerlo”*, *“vale la pena intentarlo”*, *“no pierdes nada por probarlo...”*

Se le ha de pedir a la persona que las lea diversas veces al día para favorecer su memorización e interiorización y, sobretodo, que las repita cada vez que en la vida cotidiana se enfrente a posibles situaciones activadoras de la depresión.

**1.2.3. Técnicas de distracción.** El objetivo de esta técnica es realizar actividades que hagan la competencia a las cogniciones negativas, de forma que propicien un cambio en el “punto de mira”. Entre estas actividades están:

- Centrar la atención en el entorno (por ejemplo: describir objetos).
- Realizar actividades mentales incompatibles con la actividad generadora de los pensamientos negativos (por ejemplo: hacer cálculos matemáticos,

hacer pasatiempos, sudokus, programar la agenda del día, hacer la lista para la compra).

- Cambiar de situación y/o actividad.

## 2. Dinámicas grupales

### 2.1. Entrenamiento en autoinstrucciones (dinámica grupal de la sesión 10 y 11)

Cada participante del grupo ha de escoger un pensamiento positivo (o alternativo racional) de los trabajados durante la sesión, lo ha de anotar en un folio de papel y leerlo en voz alta. Después, debe anotar en el papel los pensamientos de los otros miembros del grupo, a medida que los vayan diciendo en voz alta; primero se leen para compartirlas y después se vuelven a repetir para poderlos anotar en el papel.

De esta manera, se garantiza que cada participante tenga el papel con todos los pensamientos positivos al final de la sesión y, de esta forma, se puede comprometer a ponerlos en práctica y poder repasarlos siempre que sea posible, para no olvidarlos.

**Ejemplo de tabla que los participantes del grupo pueden realizar en casa:**

Hora	Situación	Sentimiento	Pensamiento negativo	Alternativa más racional y adaptativa
17.00 h	Recogiendo a los niños en la escuela	Miedo	“Nunca volveré a tener pareja”	“Anteriormente he tenido otras parejas con las que rompí y después rehíce mi vida”.
23.00 h	Intentando conciliar el sueño	Desesperanza	“Estoy sola y nadie me quiere”	“Tengo muchos amigos que se preocupan constantemente por mí”. “Mi familia me llama cada día para ver como me encuentro”.

#### Tareas para realizar en casa

Se propone a los participantes del grupo:

- Identificación de los pensamientos negativos. Identificar los errores que se cometen al interpretar la realidad.
- Elaboración de una lista de pensamientos alternativos racionales (pensamientos positivos). Debe escribirlos en unas tarjetas para que se puedan utilizar para sustituir la presencia de pensamientos distorsionados (pensamientos negativos).
- Puesta en práctica de las estrategias cognitivas que ayudan a substituir los pensamientos distorsionados trabajados en la sesión.

### Pensamientos positivos

---

#### 1. Características de los pensamientos irracionales

- Son dogmáticos o absolutistas.
- Se expresan en forma de obligación, necesidad imperiosa o exigencia.
- Su presencia provoca reacciones negativas inapropiadas que interfieren en la consecución de metas y generan alteraciones de la conducta.
- Son:
  - \* Subjetivos, incoherentes con los hechos externos.
  - \* Inflexibles, rígidos.
- Generan emociones inadecuadas.
- Entorpecen nuestras metas.

#### 2. Características de los pensamientos racionales

- A.** Son probabilísticos, preferenciales o relativos.
- B.** Se expresan en forma de deseos o gustos.
- C.** Cuando no se consigue lo que se desea, los sentimientos negativos de malestar o insatisfacción no impiden la consecución de nuevos objetivos o propósitos.
- D.** Son objetivos, coherentes con los hechos externos.
- E.** Son flexibles y modulables a las situaciones.
- F.** Son capaces de generar emociones adecuadas.
- G.** Ayudan a conseguir las propias metas.

Las cogniciones distorsionadas, negativas y las actitudes inadecuadas fomentan la predisposición a la depresión y, por tanto, favorecen las recaídas.

De aquí se desprende que el cambio en las cogniciones y las actitudes del individuo ha de ser un elemento esencial en el tratamiento de la depresión y la prevención de las posibles recaídas.

En la depresión se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora y se minimiza la positiva. Asimismo, se personalizan los fracasos y los errores exagerando y sobregeneralizando los efectos.

### 3. Distorsiones cognitivas que proponen Ellis y Beck<sup>(4)</sup>

1. **Pensamiento absolutista y dicotómico.** Tendencia a clasificar todas las expectativas en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse uno mismo. *Per ejemplo: “Nunca lo conseguiré, soy un fracasado”.* Es el tipo de pensamiento del “todo o nada”. Por ejemplo: *“Si fracaso en un hecho importante, ¿por qué no voy a pensar?: ¡Soy un fracaso total y completamente indeseable!”*
2. **Salto a las conclusiones.** Por ejemplo: *“Dado que me han visto fallar estrepitosamente, ahora me verán como un incompetente”.*
3. **Inventar el futuro.** Por ejemplo: *“Se ríen de mí porque he fracasado, saben que debería haber tenido éxito y, en consecuencia, me desprecian siempre”.*
4. **Fijarse en lo negativo.** Por ejemplo: *“No puedo soportar que las cosas vayan mal, no deberían ir mal; no veo que esté sucediendo nada bueno en la vida”.*
5. **Siempre o nunca.** Por ejemplo: *“Mis condiciones de vida deberían ser buenas pero en realidad son malas e intolerables, siempre serán de esta manera y nunca seré feliz”.*
6. **Magnificación y minimización.** Son los errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un evento o situación, incrementando o disminuyendo su significación. En el caso de la maximización, por ejemplo: *“Me ha caído el agua en la mesa, ¿ves como todo lo hago mal?”* En el caso de la minimización, por ejemplo: *“Mis éxitos son el resultado de la suerte y no son importantes. Pero mis errores, que no debería haber cometido, son tremendamente malos y totalmente imperdonables”.*
7. **Razonamiento emocional.** Por ejemplo: *“He actuado de forma tan incompetente, no debería haberlo hecho; me siento muy mal y mis fuertes sentimientos demuestran que no soy bueno”.*
8. **Etiquetar y sobregeneralización.** Por ejemplo: *“Dado que no debo fallar en un trabajo importante y lo he hecho, soy un perdedor y un fracasado!”*
9. **Personalización.** Es la tendencia y la facilidad para atribuirse acontecimientos externos, sin ninguna base firme para tal conexión o relación. Por ejemplo, en un accidente de tráfico: *“Mi mujer ha muerto porque yo no le di conversación mientras conducía y se durmió”.* En la personalización, la persona se ve como la causa de algún suceso negativo externo, aunque no haya sido responsable en primer término.

- 10. Falseamiento.** Por ejemplo: *“Cuando no lo hago tan bien como debería y los demás me siguen aceptando y alabando, soy un verdadero farsante y pronto les demostraré mi verdadera cara y como soy en realidad de menospreciable”.*
- 11. Perfeccionismo.** Por ejemplo: *“Sé que lo hice bastante bien, pero una tarea como aquella, la debería de haber hecho de forma perfecta y, por tanto, ¡soy un verdadero incompetente!”*
- 12. Inferencia arbitraria.** Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia empírica suficiente que le dé apoyo o con la evidencia contraria a la conclusión. Por ejemplo: *“Nadie me quiere, porque soy un desastre”.*
- 13. Abstracción selectiva.** Valoración de una experiencia centrándola en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación. Por ejemplo: *“Soy mala ama de casa. Me he olvidado de comprar el pan”.*
- 14. Generalización excesiva.** Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o diversos hechos aislados, y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión, como en situaciones no relacionadas. Por ejemplo, la persona depresiva piensa: *“No he sido capaz de salir a la calle; nunca podré ser una persona como las demás”.*

# **12ª sesión**

## ***Despedida del grupo***

## 12ª sesión

- **Objetivo.** Despedida del grupo y evaluación de los beneficios terapéuticos grupales e individuales.
- **Contenido**
  - Despedida del grupo.
  - Retroalimentación (*feedback*) entre pacientes y enfermeras/os.
  - Evaluación posttest

### Desarrollo de la sesión

1. Se inicia la sesión de manera informal, dando respuesta a las preguntas sobre la sesión anterior.
2. Se ponen en común las tareas propuestas para hacer en casa: *estrategias que ayuden a sustituir los pensamientos distorsionadores y a la identificación de los pensamientos negativos.*
3. Se pregunta a los participantes del grupo si creen que el hecho de participar en él les ha ayudado a conseguir una buena evolución de su enfermedad y cómo lo ha hecho.
4. Se pide a los participantes que evalúen el programa grupal mediante el *Cuestionario de satisfacción grupal* (que evalúa qué les ha ayudado y les ha gustado más, y si hay algún aspecto que crean que se puede mejorar).
5. Se agradece a los miembros del grupo su participación como pieza fundamental del éxito, del buen funcionamiento del grupo y de todo lo que se ha conseguido durante el transcurso de las sesiones grupales. Se ha de insistir en la necesidad de “practicar” las habilidades trabajadas en las sesiones, para que queden incorporadas en el propio bagaje de recursos personales.
6. Es necesario cumplimentar los tests siguientes para evaluar el grado de intensidad de la depresión al finalizar las 12 sesiones:
  - Inventario de depresión de Beck (BDI)
  - Cuestionario EuroQol-5D
7. Despedida del grupo.



8. Se ha de comentar que el grupo se volverá a reunir al cabo de 3 ó 6 meses para poder hacer un seguimiento de los procesos y reforzar las habilidades que se han trabajado.

### **Consejos a tener en cuenta**

- La terapia grupal finaliza en esta sesión, pero no el proceso terapéutico. Es necesario hacer un seguimiento individualizado del paciente a lo largo del tiempo.
- Se ha de evitar transmitir a los participantes un sentimiento de despedida o de abandono. Hay que dar el mensaje de que éste es, en realidad, el inicio de su trabajo personal continuo. Hay que transmitirles el interés en darles todo el apoyo que sea necesario.
- Hay que hacerles llegar el mensaje de lo que se espera de ellos una vez finalizado el grupo. Se espera que mejoren diariamente con ayuda de las herramientas aprendidas y desarrolladas durante la asistencia al grupo.
- También se ha de lanzar el mensaje de confianza, tanto de los compañeros del grupo como de los profesionales, que continuarán cuidándose y trabajando para sentirse cada día mejor.
- Hay que utilizar frases de esperanza y optimismo como por ejemplo: *“la parte más importante empieza ahora”*; *“lo mejor todavía está por llegar...”*
- Se han de reforzar sus sentimientos de utilidad y sabiduría personal, para que se den cuenta de que tienen una buena base y unos conocimientos imprescindibles que ya han empezado a demostrar. Se les ha de explicar que los profesionales, al igual que el resto de participantes del grupo, cada día han aprendido de ellos y han recibido conocimientos muy constructivos y positivos.
- Se ha de insistir en recordar que quien ha trabajado y avanzado en todo momento son los propios participantes. Hay que felicitarlos por el trabajo que han realizado. Ahora se trata de continuarlo. Si ahora se encuentran mejor, han de seguir poniendo en práctica lo que saben para continuar mejorando.
- Hay que recordarles que las tareas pendientes son continuar poniendo en práctica todo aquello que han aprendido para sentirse mejor, cuidarse y quererse mucho.

Con estos mensajes positivos se les recuerda que son los protagonistas y a la vez se refuerza su capacidad de trabajo personal. Los profesionales han de intentar que los participantes se sientan en todo momento valorados y comprometidos, que sientan

que, realmente, tienen todo nuestro apoyo y que confiamos en su capacidad de autonomía, de mejora y de mantenimiento del propio bienestar.

## **6. Clasificación de las intervenciones de enfermería que se han utilizado en las sesiones grupales**

A continuación se enumeran todos los puntos de la clasificación de las intervenciones de enfermería, *Nursing Intervention Classification (NIC)*<sup>(26, 35)</sup>, que se han utilizado durante las 12 sesiones grupales que componen la intervención y su definición. Se exponen NIC según su orden numérico. Algunas intervenciones de enfermería se han utilizado en más de una sesión grupal; por esto no se denominan según su orden de aparición en las sesiones.

### **NIC 0200. Fomento del ejercicio**

Definición: Facilitar, regularmente, la realización de ejercicio físico con la finalidad de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

### **NIC 1.100. Manejo de la nutrición**

Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

### **NIC 1.850. Mejora del sueño**

Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño y víspera.

### **NIC 2.380. Manejo de la medicación**

Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

### **NIC 4.340. Entrenamiento de la asertividad**

Definición: Ayudar en la expresión efectiva de los sentimientos, las necesidades y las ideas a la vez que se respetan los derechos de los otros.

### **NIC 4.360. Modificación de la conducta**

Definición: Promocionar un cambio de conducta.

### **NIC 4.362. Modificación de la conducta: habilidades sociales**

Definición: Ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

**NIC 4.370. Entrenamiento para controlar los impulsos**

Definición: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de resolución de conflictos en situaciones sociales e interpersonales.

**NIC 4.470. Ayuda en la modificación de sí mismo**

Definición: Reafirmar el cambio autodirigido que ha puesto en marcha al paciente para conseguir hitos personales importantes.

**NIC 4.700. Reestructuración cognitiva**

Definición: Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamientos desarreglados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

**NIC 5.020. Mediación de conflictos**

Definición: Facilitar el diálogo constructivo entre partes opuestas con el objetivo de resolver conflictos de una manera aceptable para las dos partes.

**NIC 5.100. Potenciación de la socialización**

Definición. Facilitar la capacidad de una persona para que interactúe con otros.

**NIC 5.220. Potenciación de la imagen corporal**

Definición: Mejorar las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

**NIC 5.230. Aumento del afrontamiento**

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, a los cambios o a las amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y de los roles de la vida cotidiana.

**NIC 5.360. Terapia de entretenimiento**

Definición: Utilizar intencionadamente las actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

**NIC 5.400. Potenciación de la autoestima**

Definición: Ayudar a un paciente para que aumente el juicio personal de su propia valía.

**NIC 5.430. Grupo de soporte**

Definición: Usar un ambiente grupal para proporcionar el apoyo emocional y la información relacionada con la salud de sus miembros.

**NIC 5.450. Terapia de grupo**

Definición: Aplicar las técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de las interacciones entre sus miembros.

**NIC 5.510. Educación sanitaria**

Definición: Desarrollar y proporcionar instrucciones y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud de personas, familias, grupos o comunidades.

**NIC 5.604. Enseñanza en grupo**

Definición: Desarrollar, poner en marcha y evaluar un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo estado de salud.

**NIC 5.900. Distracción**

Definición: Enfocar intencionadamente la atención para alejarla de sensaciones indeseables.

## 7. Conclusiones

Esta intervención grupal puede ayudar a la persona a ser más consciente de lo que le pasa, puede ayudarla a controlar o hacerle más soportables sus dificultades y contribuir, por lo tanto, a mejorar su estado de salud.

Con esta intervención se ha intentado ofrecer una mejora en el tratamiento, la educación y el apoyo terapéutico de esta patología mental leve, que cada vez es más frecuente en nuestra sociedad actual y ocupa más tiempo en las consultas de los médicos de familia y de enfermería.

A partir de la detección precoz, y mediante la prevención y la promoción de recursos saludables, se quiere conseguir una mejora asistencial.

Con este protocolo y, por lo tanto, con este estudio, se pretende demostrar la utilidad de las intervenciones grupales psicoeducativas orientadas a la educación sanitaria y a proporcionar recursos que mejoren la autocura. También se quiere destacar el papel de la enfermera/o de atención primaria, como la pieza clave para el apoyo, la educación sanitaria, el vínculo terapéutico y la cura de los pacientes con problemas de depresión leve<sup>(43)</sup>.

Hace falta remarcar que actualmente no hay suficiente evidencia sobre las intervenciones grupales psicoeducativas en general y, concretamente, en el ámbito de la atención primaria. La efectividad potencial de estas intervenciones todavía no se ha investigado, según la bibliografía encontrada. Este estudio intenta dar respuesta a si estas intervenciones son efectivas como tratamiento preventivo y de promoción de la salud en el ámbito de la atención primaria, en pacientes con depresión leve/moderada, tal y como lo establece el Pla director de salut mental i addiccions<sup>(42)</sup>.

Este protocolo es el resultado de un trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario de enfermería y de psicología, tanto de atención primaria como especializada en salud mental.

Valoramos la colaboración de todas las enfermeras/os que están actualmente llevando a cabo este tipo de intervención en la Atención Primaria de Barcelona ciudad; sus comentarios, opiniones, conocimientos y experiencia nos han proporcionado una visión práctica y realista, que nos ha ayudado en la realización de este documento de trabajo.

## 8. Referencias bibliográficas

1. Baüml J. et al. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32(S1): S1-S9.
2. Bas Ramallo F., Andrés Navia V. *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1994.
3. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr* 1961; 4: pág. 561-571.
4. Beck AT, Shaw BF. *Enfoques cognitivos de la depresión* (edición original: 1981). En: Ellis A, Grieger R. *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer; 1985.
5. Becoña E. *Técnicas de solución de problemas*. A: Labrador FJ, Cruzado JA, y Muñoz M (eds). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide; 1993. Pág. 710-743.
6. Benedito Monleón MC, Carrió Rodríguez MC, Del Valle G, Domingo Gonzàles A. Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 2004; nº 92 oct-dic: 165.176.
7. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*, 3ª Edición. Barcelona: Ars Medica, Psiquiatría editores; 2004.
8. Caballo VE. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores; 1993.
9. Casañas Sánchez R, Armengol Vallés J, Puigdevall Grau E. Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. *Guia per a la infermera. Sesions grupals psicoeducatives en l'episodi depressiu a l'atenció primària*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.

10. Casañas Sánchez R, Armengol Vallés J, Puigdevall Grau E. Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Guia per a la infermera. Sesiones grupales psicoeducativas en el trastorn d'ansietat a l'atenció primària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.
11. Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Ibañez Perez M.M. Valls Colomer MM, et al. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. Rev. Atención Primaria 2009; 41(4): pág. 229-234.
12. Castanyer O. La asertividad: expresión de una sana autoestima. Bilbao: Ed. Desclée De Brouwer; 1996.
13. Cibanal J, Arce MC, Caballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Madrid: Ed. Elsevier; 2003.
14. Rathi M et al. MOH Clinical Practice Guidelines Depression. Singapore: Ministry of Health; 2004.
15. Conde Péres C, Ruiz Moreno M, Narbona Vergara Y. Una experiencia de tratamiento grupal con técnicas cognitivo-conductuales en un equipo de salud mental. Psiquiatría Pública 1996; 8(5) sept-oct: pág. 305-345.
16. Detels R y otros. Libro de texto Oxford de salud pública. 3ª Ed. Oxford: Oxford University Press; 2002.
17. Dimidjian S et al. Randomized trial of behaviour activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. Journal of consulting and clinical psychology 2006; 74 (4): pág. 658-670.
18. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem-solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology 1971; 78: pág. 107-126.
19. EuroQoL Group. EuroQoL- a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: pág. 199-208.



20. Falder Serna I. Curs d'entrevista motivacional SAP Muntanya. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2007.
21. García-Campayo J, Hidalgo Campos I, Orozco González F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. Barcelona: Ars medica; 2006.
22. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Practica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guías de Practica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008.
23. Vallbona Calbó C, Roure Cuspinera E, Violan Fors M i altres. Guia de prescripció d'exercici físic per a la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007.
24. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss D et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia.II. Two-years effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the course of schizophrenia (EPICS) Research group. Arch Gen Psychiatry 1991; 48 (4): pág. 340-347.
25. Jacobson NS et al. A component analysis of cognitive-behavioural treatment for depression. Journal of Consulting and clinical psychology 1996; 64: pág. 295-304.
26. Johnson M, Bulechek G, McCloskey D et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Harcourt Elsevier DL; 2004.
27. Kaplan HI, Sadock BJ. Terapia de grupo. Madrid: Panamericana; 1996.
28. Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Ed. Pirámides; 1999.
29. Lawrence I, S Shaffer S, S Shaffer C. Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer, S.A; 1993.

30. Lindenfield G. Autoestima. Barcelona: Editorial Plaza and James; 1996.
31. Mataix J. Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ergon; 2002.
32. Murray CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: pág. 1.498-1.504.
33. Narbona Vergara G, Gómez del Cid M I, Martínez Villa B. Terapia grupal cognitiva en distimias. Maristas 1993; 11 (5): pág. 60-63.
34. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline number 23. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Londres; 2004.
35. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 1999-2000. Madrid: Harcourt, DL; 1999.
36. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud mental. Conceptos: evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2004.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas: Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2004.
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO initiative on Depression in Public Health. Ginebra: WHO; 2008.
39. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1991.
40. Palacín M. Grupos para la promoción de la salud. En: Sáez Cárdenas S, Pérez Calvo RM. El Grupo en la promoción y educación para la salud. Lleida: Ed. Milenio; 2004.

41. Pérez Álvarez M. La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. Papeles del psicólogo 2007; 28 (2): pág. 97-110.
42. Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya. Planificació i Avaluació. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.
43. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i seguretat Social. Pla de Salut. Quadern núm. 11. Recomanacions per a l'atenció als problemes de salut més freqüents en l'atenció primària de salut. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2000.
44. Porter RJ, Gallagher P, O'Brien JT. Effects of rapid tryptophan depletion on salivary cortisol in older people recovered from depression, and the healthy elderly. J Psychopharmacol 2007; 21 (1): pág. 71-75.
45. Equip docent de l'Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron. Qüestionari d'estil personal. Dossier de preceptors en habilitats de comunicació. Barcelona: EUI Vall Hebron; 2006.
46. Rojas Marcos L. L'autoestima, la nostra força secreta. Ciutat?: Edicions 62; 2007.
47. Roselló MJ. La importancia de comer sano y saludable. Barcelona: Plaza y Janés; 2006.
48. Salut mental i atenció primària. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFIC); 2005.
49. Smith KA, Fairburn CG, Cowen PJ. Relapse of depression after rapid depletion of tryptophan. THE LANCET 1997; Vol. 349: pág. 915-919.
50. Subias P, García Mata JR, Perula L. y Grupo de Evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAPPS) de la SEMFYC. Aten Primaria 2000; 25: pág. 383-389.

51. Tejedor García MJ y cols. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2007.
52. Young SN. How to increase serotonin in the human brain without drugs. J Psychiatry Neurosci 2007; 32(6): pág. 394–399. Disponible en línea [http://www.fdmed.org/02\\_decalogo.asp](http://www.fdmed.org/02_decalogo.asp) (consulta 28/11/08).

## **ANEXOS**

- Hoja de derivación al grupo psicoeducativo
- Escalas de evaluación:
  - Inventario de Beck (*Beck Depression Inventory*)
  - Cuestionario EuroQoL-5D
  - Encuesta de satisfacción
- Hoja de observación

## Hoja de derivación al Grupo Psicoeducativo de Depresión

### Datos del profesional que realiza la derivación

Apellidos y nombre

Tel. de contacto

Centro

Dirección

Código postal

Localidad

### Datos del paciente

Apellidos y nombre

CIP\*

NHC

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo

Fecha de la visita

Resultado BDI

### Diagnóstico psicopatológico principal

CIM 10	Diagnósticos de depresión
<input type="checkbox"/> F32	Episodio depresivo
<input type="checkbox"/> F32.0	Episodio depresivo leve
<input type="checkbox"/> F32.1	Episodio depresivo moderado
<input type="checkbox"/> F32.8	Otros episodios depresivos
<input type="checkbox"/> F32.9	Episodio depresivo, no especificado
<input type="checkbox"/> F33.4	Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión
<input type="checkbox"/> F41.2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión
<input type="checkbox"/> F41.3	Otros trastornos de ansiedad mixtos
<input type="checkbox"/> F34.1	Distimia

#### Criterios de inclusión

- Personas con edad superior a 20 años,
- con diagnóstico médico de depresión del CIM-10
- e inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*. BDI) entre  $\geq 10$  y  $< 30$  (El BDI, lo ha de pasar al paciente el/la médico/a o enfermera/o que lo deriva).

#### Criterios de exclusión

##### Pacientes que:

- presenten patología de trastorno mental grave: psicosis, trastorno de personalidad severo, esquizofrenia...
- presenten discapacidades sensoriales o cognitivas que impidan la participación en el grupo.
- estén diagnosticados de un episodio depresivo grave.
- desconocimiento del idioma catalán o castellano.
- presenten ideación suicida o intento autólisis.
- analfabetismo.
- presenten patología orgánica en fase terminal.
- sean residentes temporales.
- estén en seguimiento en el centro de salud mental de adultos (CSMA) en el momento actual.
- no conozcan o no den el consentimiento para participar en el estudio.

## Inventario de Beck

A continuación, encontrará 21 apartados referentes a su estado de ánimo actual y de la última semana. En cada apartado se ofrecen varias respuestas posibles. Marque con una cruz la letra de inicio de la frase que describa mejor su situación.

Aunque varias afirmaciones parezca que se ajustan de manera semejante a cómo se encuentra usted, debe elegir solamente una. Marque sólo una letra de cada apartado. No deje ningún apartado sin responder.

Preguntas	Puntuación
1. A) No me siento triste. B) Me siento triste. C) Siempre me siento triste o afligido y no puedo evitarlo. D) Me siento tan triste o afligido que no puedo soportarlo.	
2. A) No me siento especialmente desanimado ante el futuro. B) Me siento desanimado ante el futuro. C) No hay nada que me haga ilusión. D) Creo que las cosas no pueden mejorar y no tengo ninguna esperanza de futuro.	
3. A) No me siento fracasado. B) Me siento más fracasado que la mayoría de la gente. C) Cuando recuerdo mi pasado no veo más que fracasos. D) Creo que soy un fracaso total como persona.	
4. A) Me siento tan satisfecho como antes. B) Ya no me gustan tanto las cosas como antes. C) Ya no me satisface nunca nada. D) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	
5. A) No me siento especialmente culpable. B) A veces me siento culpable. C) La mayor parte del tiempo me siento bastante culpable. D) Continuamente me siento culpable.	
6. A) No me siento maltratado. B) Tengo la sensación de que me pueden maltratar. C) Creo que me maltratan. D) Tengo la sensación de que me están maltratando.	
7. A) No me siento decepcionado conmigo mismo. B) Estoy decepcionado conmigo mismo. C) Estoy asqueado de mí mismo. D) Me odio.	
8. A) No creo que sea peor que los demás. B) Soy crítico conmigo mismo por mis debilidades o errores. C) Me culpo continuamente por mis equivocaciones. D) Me culpo continuamente de todo lo que va mal.	
9. A) No tengo pensamientos de matarme. B) Tengo pensamientos de matarme. C) Me gustaría matarme. D) Me mataría si tuviera la posibilidad.	
10. A) No lloro más de lo normal. B) Lloro más que antes. C) Ahora lloro siempre. D) Antes acostumbraba a llorar, pero ahora ya no puedo aunque quiera.	

<p>11.</p> <p>A) No estoy más irritado que antes.</p> <p>B) Me preocupo o me irrito más fácilmente que antes.</p> <p>C) Me siento irritado continuamente.</p> <p>D) Ya no me irritan en absoluto cosas que antes me irritaban.</p>	
<p>12.</p> <p>A) No he perdido el interés por la gente.</p> <p>B) Estoy menos interesado por la gente que antes.</p> <p>C) He perdido gran parte del interés por la gente.</p> <p>D) He perdido todo el interés por otras personas.</p>	
<p>13.</p> <p>A) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>B) Retraso las decisiones más que antes.</p> <p>C) Me cuesta tomar las decisiones más que antes.</p> <p>D) Ya no puedo tomar ninguna decisión nunca más.</p>	
<p>14.</p> <p>A) No creo que tenga un aspecto peor que antes.</p> <p>B) Me preocupa tener un aspecto envejecido o poco atractivo.</p> <p>C) Creo que hay cambios permanentes en mi apariencia que me dan un aspecto poco atractivo.</p> <p>D) Creo que parezco feo.</p>	
<p>15.</p> <p>A) Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>B) Me supone un esfuerzo extra empezar a hacer algo.</p> <p>C) Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa.</p> <p>D) No puedo hacer ningún tipo de trabajo.</p>	
<p>16.</p> <p>A) Puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>B) No duermo tan bien como antes.</p> <p>C) Me despierto una o dos horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir.</p> <p>D) Me despierto varias horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir.</p>	
<p>17.</p> <p>A) No me canso más que antes.</p> <p>B) Me canso con más facilidad que antes.</p> <p>C) Me canso al hacer casi cualquier cosa.</p> <p>D) Estoy demasiado cansado para hacer algo.</p>	
<p>18.</p> <p>A) No tengo menos hambre que antes.</p> <p>B) No tengo tanta hambre como antes.</p> <p>C) Actualmente tengo mucha menos hambre.</p> <p>D) Ya no tengo hambre nunca.</p>	
<p>19.</p> <p>A) No he perdido peso o casi nada de peso, últimamente.</p> <p>B) He perdido más de 2,5 kg.</p> <p>C) He perdido más de 5 kg.</p> <p>D) He perdido más de 7 kg.</p>	
<p>20.</p> <p>A) Mi salud no me preocupa más que antes.</p> <p>B) Estoy preocupado por molestias físicas como dolores, o bien molestias gástricas, o bien estreñimiento.</p> <p>C) Estoy muy preocupado por molestias físicas y me resulta difícil pensar en otras cosas.</p> <p>D) Estoy tan preocupado por molestias físicas que no puedo pensar en nada más.</p>	
<p>21.</p> <p>A) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>B) Estoy menos interesado por el sexo que antes.</p> <p>C) Estoy bastante menos interesado por el sexo, últimamente.</p> <p>D) He perdido totalmente mi interés por el sexo.</p>	



## Procedimiento para la realización del Inventario de Beck

---

El Inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) es un cuestionario breve, autoaplicado, en el que el paciente ha de indicar la frecuencia con que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Consta de 21 ítems que se agrupan en 4 factores:

Factor depresivo  
Factor biológico  
Factor psicológico  
Factor psicosocial

Cada ítem se responde según una escala tipo Liker de 4 valores (rango del 0 al 3) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual y la última semana.

## Instrucciones generales para la puntuación

---

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

## Cuestionario de Salud EuroQoL

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY:

	Puntuación
<p><u>Movilidad</u></p> <p><input type="checkbox"/> No tengo problemas para caminar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para caminar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo que estar en la cama.</p>	
<p><u>Cuidado personal</u></p> <p><input type="checkbox"/> No tengo problemas con el cuidado personal.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme.</p> <p><input type="checkbox"/> Soy incapaz de lavarme o vestirme.</p>	
<p><u>Actividades cotidianas</u> (p. ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas.</p> <p><input type="checkbox"/> Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas.</p>	
<p><u>Dolor/malestar</u></p> <p><input type="checkbox"/> No tengo dolor ni malestar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolor moderado o malestar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo mucho dolor o malestar.</p>	
<p><u>Ansiedad/depresión</u></p> <p><input type="checkbox"/> No estoy ansioso ni deprimido.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy moderadamente ansioso o deprimido.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy muy ansioso o deprimido.</p>	

## Termómetro del estado de salud

Para ayudarle a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual puede marcar con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0, el peor.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado  
de salud  
hoy

El mejor estado de  
salud  
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado de  
salud  
imaginable

## Encuesta de satisfacción de la intervención grupal psicoeducativa

Nos interesaría saber su opinión sobre la intervención grupal en la que ha participado. Le solicitamos que conteste "sí o no" a las siguientes preguntas:

Preguntas	Sí	No
1. ¿Han mejorado sus conocimientos sobre la depresión?		
2. ¿Cree que son aplicables a su vida diaria los conocimientos que ha aprendido mientras ha durado el grupo?		
3. ¿Los temas tratados durante cada sesión de grupo han sido los que esperaba?		
4. ¿Las explicaciones de los temas han sido comprensibles?		
5. ¿Ha obtenido ayuda, en general, y apoyo, en particular, del grupo?		
6. ¿Las sesiones grupales han sido participativas?		
7. ¿Ha podido expresar sus sentimientos y pensamientos?		
8. ¿Le ha parecido adecuada la organización de las sesiones?		
9. ¿Ha conseguido los objetivos esperados del grupo?		
10. ¿Le ha parecido correcta la duración de cada sesión?		
11. ¿Cree que la duración de la intervención grupal ha sido la adecuada?		
12. ¿En general, está satisfecho/o de haber participado en el grupo?		
13. ¿Recomendaría participar en este tipo de intervención grupal a un familiar o amigo?		
14. ¿Cree necesario tratar otros temas?		
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles?		
15. Puntúe del 1 al 10 el grado de satisfacción del grupo.		
16. ¿Qué tema le ha parecido más útil? (Enumerar los temas del 1 al 10, según el grado de importancia, 1= tema más útil; 10= tema menos útil).		

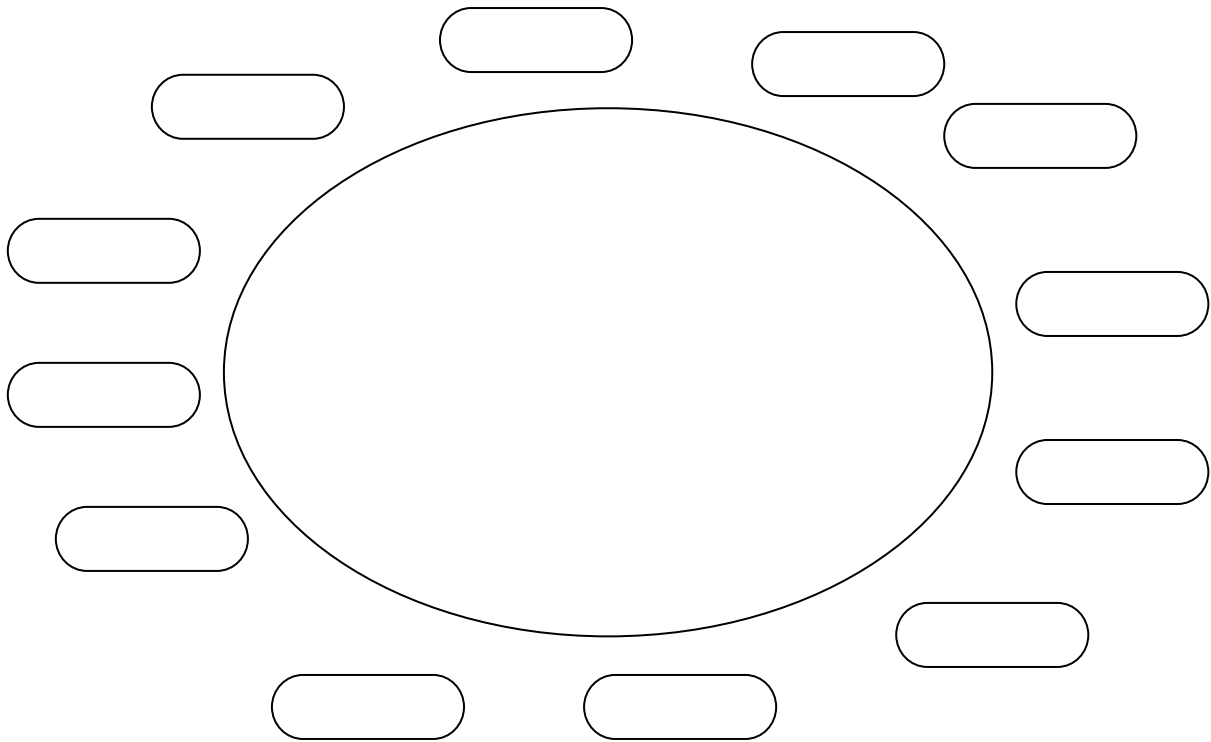
	<b>Activación conductual. Educación e identificación de los síntomas</b>
	<b>Dieta</b>
	<b>Educación sobre el tratamiento farmacológico</b>
	<b>Respiración. El hábito del sueño</b>
	<b>Técnica de resolución de problemas</b>
	<b>Autoimagen y autoestima</b>
	<b>Asertividad</b>
	<b>El uso del tiempo: el ritmo y la actividad diaria. Actividad física</b>
	<b>Los pensamientos positivos</b>

Fecha de la sesión

Núm. de la sesión

## Hoja de observación grupal<sub>1</sub>

---



---

1. En esta hoja se ha de registrar la observación realizada a los participantes durante la dinámica grupal.