

# Best Practice

## Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

### Terapia grupal e individual en el tratamiento de la depresión

#### Introducción

Se estima que una de cada ocho personas requiere tratamiento por depresión en algún momento de su vida. La depresión, si no se trata, puede provocar una reducción de la capacidad de relacionarse con los demás, enfermedad e incluso la muerte. Sin embargo, con las intervenciones correctas la depresión puede tratarse con éxito en la mayoría de los individuos. Actualmente la psicoterapia no se ve como una medida de primera elección para el tratamiento de la depresión grave. Se recomienda la farmacoterapia o la combinación de la psicoterapia con farmacoterapia para tratar a estos pacientes. Aunque la enfermería suele formar parte de un equipo multidisciplinar y tiene algún tipo de aportación en el tratamiento farmacoterapéutico, normalmente no puede prescribir medicamentos.

El objetivo inicial de cualquier tratamiento para la depresión es reducir su gravedad tan rápido como sea posible para que el paciente responda a un tratamiento posterior.

La terapia cognitiva comportamental, una forma de psicoterapia,

#### Este Best Practice Information Sheet abarca:

- Introducción
- Calidad de la investigación
- Tratamiento de la depresión en adultos
- Tratamiento de la depresión en adolescentes

#### Definiciones

**Escala de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI)** – Cuestionario de autocumplimentación de 21 ítems sobre los síntomas de la depresión (puntuación de 0 a 63). Cuanto mayor es la puntuación mayor es la gravedad de la depresión.

**Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression- HRSD)** – Cuestionario psiquiátrico de 17 preguntas muy utilizado para evaluar la gravedad de la depresión (puntuación de 0 a 50).

puede considerarse como una intervención no farmacológica que puede proporcionar a los sujetos con depresión las habilidades para manejar su propia enfermedad. Sin embargo, la utilidad de la terapia cognitiva comportamental como intervención en pacientes con

#### Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia basándonos en el siguiente sistema de clasificación.

- **Nivel I** Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.
- **Nivel II** Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.
- **Nivel III.1** Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.
- **Nivel III.2** Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
- **Nivel III.3** Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.
- **Nivel IV** Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

depresión moderada o grave no ha sido adecuadamente evaluada. Por lo tanto, el objetivo de este *Best Practice Information Sheet* es resumir la mejor evidencia disponible para el uso de terapia cognitiva comportamental individual o grupal en personas con depresión moderada o grave.

## Calidad de la Investigación

El ensayo clínico se considera el método científico más claro para juzgar la eficacia de un tratamiento en comparación con un tratamiento o control establecido. Debido al gran número de ensayos clínicos disponibles sobre este tema, este panel de expertos consideró solamente los ensayos clínicos publicados y revisados por pares para la preparación de este *Best Practice Information Sheet* y para el establecimiento de recomendaciones para la práctica.

El propósito de este informe fue examinar la eficacia de la terapia cognitiva comportamental grupal o individual en sujetos con depresión moderada o grave. Por lo tanto, sólo se incluyeron los estudios que evaluaron sujetos con una puntuación mayor o igual a 14 en la Escala de Depresión de Beck.

Al buscar estudios sobre terapias grupales e individuales para el tratamiento de la depresión, el tratamiento psicoterapéutico más utilizado fue la terapia cognitiva comportamental. Se evaluó un gran número de protocolos de tratamiento, cuyo resumen se presenta en la Tabla 1. Finalmente, debido a diferencias sutiles entre las terapias cognitivas con y sin componentes comportamentales explícitos, el panel de expertos decidió que todas las terapias individuales y grupales de tipo cognitivo deberían clasificarse como formas de terapia cognitiva comportamental.

### Tabla 1: Descripción de las intervenciones

#### Resumen de los enfoques descritos por la revisión sistemática de la investigación

##### Terapia cognitiva grupal

- Incluye distanciamiento, reestructuración cognitiva y procedimientos de prueba de hipótesis comportamentales.
- Consta de tres módulos: (1) relajación progresiva, (2) reestructuración cognitiva y (3) entrenamiento en asertividad.
- Técnicas para mejorar la cohesión del grupo hablando de los pensamientos negativos sobre el tratamiento grupal y anticipando las respuestas negativas de los miembros del grupo.
- Consiste en apoyo emocional, entrenamiento de relajación, entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, asignación de deberes de comportamiento, biblioterapia y didáctica.

##### Terapia cognitiva individual

- Incluye distanciamiento, reestructuración cognitiva y procedimientos de prueba de hipótesis comportamentales.
- Consta de tres módulos: (1) relajación progresiva, (2) reestructuración cognitiva y (3) entrenamiento en asertividad.
- Consta de técnicas verbales y comportamentales para ayudar a los sujetos a: (a) reconocer las relaciones entre cogniciones, afectos y comportamientos; (b) controlar los pensamientos negativos; (c) examinar la evidencia para y en contra de cada pensamiento distorsionado; y (d) sustituir el pensamiento distorsionado e inadaptado por interpretaciones orientadas a la realidad.
- El uso de estrategias y técnicas para ayudar a identificar y corregir visiones negativas y distorsionadas de ellos mismos.
- Enfoque activo, directivo, de tiempo limitado y estructurado utilizado para tratar la depresión. Las técnicas terapéuticas están diseñadas para identificar, analizar la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales subyacentes a estas cogniciones.
- Cinco procesos cognitivos relacionados con el manejo adaptativo de la depresión: 1) auto-evaluación positiva, 2) autoinforme preciso del afecto, 3) reacción adaptativa al estrés, 4) eficacia en la toma de decisiones y 5) asumir una responsabilidad no punitiva del comportamiento.

##### Farmacoterapia

- Imipramina en una dosis de al menos 150 mg al día.
- 50 mg y después 75mg de nortriptilina (antidepresivo tricíclico) al día.
- No menos de 150 mg/día de amitriptilina de doxepina.
- Amitriptilina o clomipramina en dosis de 150 mg/día.

##### Enfrentarse a la depresión: curso estructurado

- Un curso de ocho semanas de 12 sesiones, 2 por semana durante las primeras 4 semanas y una por semana durante las 4 semanas restantes. Las primeras dos sesiones del curso consisten en una aproximación a la depresión de aprendizaje social y proporcionan formación sobre las habilidades auto-cambiables. Las siguientes ocho sesiones incluyen formación sobre cómo relajarse, aumentar las actividades placenteras, cambiar aspectos del pensamiento y mejorar las habilidades sociales y las interacciones con el grupo. Las últimas dos sesiones se dirigen a conseguir que el paciente utilice las habilidades aprendidas y desarrolle su plan de vida. Se utiliza tanto para terapias grupales como individuales.

##### Psicoterapia individual

- Técnicas para ayudar al paciente a identificar y comprender mejor sus problemas y conflictos interpersonales y a desarrollar formas más adaptativas de relacionarse con los demás.

##### Terapia asistida por ordenador (programa terapéutico de aprendizaje)

- Programa interactivo asistido por ordenador que permite al sujeto identificar y describir conflictos y comportamientos inter e intra personales que bloquean su capacidad de solucionar problemas y su crecimiento personal. Al paciente se le exige ejercitar lo aprendido para reducir la ansiedad personal y después hacer un informe de su progreso al terapeuta y al grupo. Los primeros 30-40 minutos de la sesión se dedican al trabajo en ordenador realizando un resumen del módulo al final para que el terapeuta lo revise. El resto de la sesión se utiliza para procesar, como grupo, aquellos aspectos asociados con el módulo.

##### Lista de espera con medicación de apoyo

- El grupo continua viendo a su psiquiatra semanalmente para recibir medicación y apoyo. Se les da una terapia no estructurada relacionada con el manejo de la depresión.

##### Lista de espera sin ningún otro tratamiento

- A los sujetos del grupo control de la lista de espera se les dice que pueden empezar el tratamiento 14 semanas después y pueden concertar una cita para terapia durante ese tiempo si lo necesitan.

##### Lista de espera con apoyo (tratamiento habitual)

- El grupo continua recibiendo tratamiento de su médico de referencia y no se le evalúa para asignación de tratamiento.
- Tratados por su médico de cabecera, algunos pacientes toman medicación antidepresiva.

## Tratamiento de la depresión en adultos

Se evaluaron numerosas terapias no farmacológicas para el tratamiento de la depresión crónica en adultos.

La revisión evalúa:

- la eficacia de las terapias en la reducción de la depresión (según autocumplimentación de la Escala de Depresión de Beck, y la Escala de Hamilton para la Depresión, evaluadas de manera independiente)
- comparaciones de la eficacia de las modalidades de tratamiento para reducir las puntuaciones de depresión.

### Terapia cognitiva comportamental versus farmacoterapia

La farmacoterapia es un tratamiento aceptado y, a menudo, de primera elección para la depresión. Actualmente la psicoterapia no debería utilizarse sin otros tratamientos en sujetos con depresión grave y/o crónica. Las recomendaciones a los clínicos sugieren el uso de terapias combinadas (psicoterapia y farmacoterapia) o solo farmacoterapia. Sin embargo, con esta forma de tratamiento existe la posibilidad de efectos adversos no deseados. Por lo tanto, varios estudios realizaron comparaciones entre la terapia cognitiva individual y la farmacoterapia o a la terapia combinada en el tratamiento de la depresión crónica.

### Terapia cognitiva individual versus farmacoterapia

Cuando la terapia cognitiva individual se comparó con la farmacoterapia en el tratamiento de la depresión moderada o grave (puntuación media de 27-30 en la escala de Beck), ambas resultaron ser eficaces en la reducción de las puntuaciones de depresión tanto después del tratamiento como en el seguimiento. Ninguna de las terapias resultó ser significativamente más eficaz que la otra. En un estudio del número de pacientes que obtuvieron puntuaciones de depresión normales al final del tratamiento se demostró que no existían diferencias significativas entre ambas modalidades.

Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con precaución, ya que los fármacos utilizados en estos estudios son anteriores a la prescripción de una nueva generación de medicamentos como son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, con menos efectos secundarios pero igualmente eficaces para reducir los síntomas de la depresión. Por lo tanto, es necesario que se realicen estudios que evalúen la eficacia de la terapia comportamental cognitiva y esta nueva clase de fármacos.

### Terapia cognitiva individual versus terapia cognitiva individual combinada con farmacoterapia

Varios estudios han evaluado la eficacia de la psicoterapia en

comparación con la terapia combinada. Los resultados sugieren que ambos tratamientos son eficaces para reducir las puntuaciones de depresión y no hubo diferencias significativas en la eficacia entre ambos tratamientos.

### Terapia cognitiva comportamental versus lista de espera

Varios estudios evaluaron la eficacia de la terapia grupal o individual, en comparación con sujetos del grupo control de la lista de espera, con o sin apoyo médico.

### Terapia cognitiva individual versus lista de espera con apoyo con medicación

A los pacientes del grupo control de lista de espera se les proporcionó apoyo farmacológico mientras esperaban a ser tratados por depresión. Un estudio reveló que la terapia cognitiva individual reducía de forma importante las puntuaciones en la escala de Beck durante el periodo de tratamiento mientras el grupo control no lo hizo. El efecto del tratamiento continuó durante el seguimiento.

Además, la terapia cognitiva individual fue significativamente más eficaz en la reducción de las puntuaciones de la escala de Beck que el Apoyo con Medicación antes y después del tratamiento y seguimiento. Sin embargo, debido al pequeño número de sujetos en este estudio los resultados deberían considerarse con precaución.

## ***Terapia cognitiva individual y grupal versus lista de espera con apoyo (tratamiento habitual)***

Los sujetos de "tratamiento habitual" continuaron recibiendo tratamiento de su médico de referencia mientras esperaban para recibir psicoterapia y algunos continuaron recibiendo medicación durante el periodo de estudio.

Se examinaron algunos estudios y se encontraron resultados contradictorios. En uno de ellos, los resultados señalaban una mejoría significativa en las puntuaciones obtenidas en cuanto a la depresión tanto en los grupos de TCI (terapia cognitiva individual) como en los de lista de espera. En el periodo de seguimiento, mientras que las puntuaciones de los pacientes de lista de espera seguían disminuyendo significativamente, en comparación con las puntuaciones obtenidas antes de iniciar el tratamiento y una vez finalizado éste, en el grupo TCI las puntuaciones fueron significativamente mayores que las obtenidas al finalizar el tratamiento, aunque fueron significativamente menores que antes de iniciar el tratamiento.

En otro estudio la terapia cognitiva individual y la terapia cognitiva grupal mejoraron significativamente las puntuaciones de depresión después del tratamiento y se mantuvieron a lo largo del seguimiento. Sin embargo, los sujetos del grupo control no mostraron una

mejora significativa en las puntuaciones de depresión en ninguna de las mediciones.

Para determinar la eficacia de un tratamiento también hay que tener en cuenta el grado en que los individuos lo cumplen. Los resultados de un análisis en el que se incluyeron los datos de los pacientes que no habían terminado el tratamiento indicaban que solamente la TCG (terapia cognitiva de grupo) era eficaz a la hora de reducir significativamente la depresión en el periodo de estudio.

Debido a la naturaleza contradictoria de los resultados de los estudios no pueden sacarse conclusiones respecto al efecto de la terapia cognitiva grupal y la terapia cognitiva individual en comparación al tratamiento habitual.

Los investigadores advierten que fueron incapaces de determinar si la mejora en las puntuaciones de la depresión comparada con el grupo control, fue un efecto de la terapia cognitiva o más bien simplemente el resultado de la implementación de algún régimen terapéutico que no se presentó en el grupo control.

## ***Terapia cognitiva grupal o terapia cognitiva individual versus lista de espera (sin otro tratamiento)***

Para determinar la eficacia absoluta de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión, ambas terapias cognitivas, grupal e individual, se

compararon con no recibir ningún tipo de tratamiento.

Ambas, terapia cognitiva grupal e individual, disminuyeron significativamente las puntuaciones de depresión después del tratamiento. Los efectos de la terapia cognitiva individual continuaron a lo largo del seguimiento (el seguimiento de la terapia cognitiva grupal no se midió). Los sujetos de la lista de espera no mostraron reducciones significativas en las puntuaciones de depresión a lo largo del periodo de estudio.

## ***Terapia cognitiva comportamental versus terapia cognitiva comportamental***

Se presentan numerosas comparaciones entre las diferentes formas de terapia cognitiva comportamental. La terapia estándar de referencia que se utiliza como comparación en la mayoría de los estudios es la terapia cognitiva individual.

## ***Terapia cognitiva grupal versus terapia cognitiva individual***

Desde la introducción de la terapia grupal a principios de siglo ha existido un debate respecto a la eficacia de este tratamiento en comparación con la atención individual dada por la terapia cara a cara. ¿Funciona realmente la terapia grupal para tratar la depresión y es más eficaz que la terapia individual?

Los estudios mostraron que ambas, terapia cognitiva grupal e individual, fueron eficaces para reducir las puntuaciones de depresión después del tratamiento y en el seguimiento, en comparación con las puntuaciones antes del tratamiento. En una comparación de la eficacia, los estudios no encontraron diferencias significativas entre ambos tratamientos para reducir las puntuaciones de depresión. Al examinar el número de pacientes con puntuaciones de depresión normales después del tratamiento, ambos fueron igual de eficaces.

En un momento en que se concede mucha importancia a la reducción de costes, la terapia grupal es altamente recomendable por su demostrada utilidad y su importante ahorro en costes.

### ***Psicoterapia individual versus terapia individual cognitiva***

La psicoterapia es también un tratamiento establecido para la depresión. Sin embargo, su eficacia en comparación con la terapia cognitiva es limitada. Un estudio determinó que ambos tratamientos fueron eficaces para reducir las puntuaciones de depresión y que ninguno de los dos fue más eficaz que el otro para tratar a los sujetos con depresión.

Este estudio utilizó un gran número de sujetos en cada grupo y evaluó la eficacia del

tratamiento teniendo en cuenta los abandonos.

### ***Terapia cognitiva grupal versus terapia asistida por ordenador (programa de aprendizaje terapéutico)***

El uso de terapia asistida por ordenador, como modalidad de tratamiento para la depresión, en lugar de terapeutas, se utiliza para fomentar en el sujeto el examen y la reflexión de la percepción de su entorno y dotarle de nuevas habilidades para el manejo de su depresión. Este tratamiento también implica un componente de terapia grupal, ya que los sujetos vuelven al grupo para compartir sus percepciones y pensamientos que pueden haber sido provocados durante la sesión de ordenador.

Los resultados mostraron que ambos tratamientos podían reducir las puntuaciones de depresión significativamente a lo largo del periodo de tratamiento y que no se encontraron diferencias significativas en la reducción de las puntuaciones de depresión.

### ***Enfrentarse a la depresión: un curso, comparación de terapia grupal o de clase y terapia individual***

Un estudio evaluó el uso de un curso estructurado sobre cómo enfrentarse a la depresión en ambos formatos de terapia, individual y grupal (o

clase). Los pacientes con depresión moderada y grave al principio del tratamiento habían reducido la puntuación de depresión al final del tratamiento en ambos formatos. Mientras que el tratamiento individual mostró ser más eficaz que la terapia grupal para reducir las puntuaciones de depresión al final del tratamiento, ninguno mostró ser significativamente más eficaz que el otro en el seguimiento.

### **Tratamiento de la depresión en adolescentes**

El tratamiento para la depresión en los adolescentes es diferente que el tratamiento para los adultos. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones no hacen diferenciación en los métodos de tratamiento entre adultos y adolescentes, aparte de limitar la edad de los sujetos en los criterios de inclusión.

Los sujetos sometidos tanto a terapia cognitiva individual como grupal se compararon a los sujetos de lista de espera. Los sujetos del grupo de terapia mostraron tener una importante mejora en las puntuaciones de depresión y números mucho mayores en la remisión del desorden depresivo que los sujetos del grupo de la lista de espera.

Los autores de un estudio, basándose en los resultados obtenidos, advirtieron que la terapia cognitiva individual aún no podía ser recomendada para adolescentes con depresión grave.

## Recomendaciones

Las terapias cognitivas comportamentales e individuales para adultos con depresión moderada o grave (puntuación en la Escala de Beck mayor o igual a 14) son comparables entre ellas en eficacia y ambas son superiores a no recibir tratamiento. La terapia cognitiva individual es igual o mejor que los antidepresivos tricíclicos dados a las dosis terapéuticas recomendadas para personas con depresión con una media de puntuación en la Escala de Beck de 30. Esta información se basa en el Nivel II de evidencia (ensayo clínico).

Para adultos:

- Tanto la terapia cognitiva comportamental grupal como la individual pueden utilizarse para tratar pacientes con depresión moderada o grave, dependiendo la elección de terapia de la receptividad del paciente, percibida por los clínicos, a ambos tipos de tratamiento.
- En pacientes con depresión moderada o grave, el uso de terapia asistida por ordenador puede ser útil como ayuda a la terapia cognitiva grupal.
- En pacientes con depresión moderada o grave la terapia cognitiva individual puede ser eficaz en lugar de la farmacoterapia si el paciente se opone a ser tratado con fármacos.
- La terapia cognitiva grupal no ha sido comparada a la farmacoterapia por lo que no puede hacerse recomendación directa en cuanto a su eficacia como terapia de sustitución.

Para adolescentes:

- Tanto la terapia comportamental cognitiva grupal como la individual pueden usarse para tratar adolescentes con depresión moderada (puntuación mayor o igual a 14 en la Escala de Beck).
- Se necesitan más estudios para determinar la eficacia de la terapia cognitiva comportamental, individual o grupal, en adolescentes con depresión severa (puntuación mayor o igual a 20 en la Escala de Beck).

**Versión original traducida al castellano por:** Lucía García Grande

**Traducción revisada por:** Ana Barderas Manchado y Lara Martínez Gimeno

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

This Best Practice Information Sheet has been based on a systematic review undertaken by the Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery (JBIEBNM) under the guidance of a review panel of clinical experts. It has been subject to peer review by experts nominated by the Joanna Briggs Institute centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong and was led by Mr Brent Hodgkinson (JBIEBNM), Ms Ann O'Donnell (Adelaide City Continuing Care), Mr David Evans (JNIEBNM) and Dr Ken Walsh (JBIEBNM).

### **For further information contact:**

- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000.  
<http://www.joannabriggs.edu.au>, ph: (08) 8303 4880 fax: (08) 8303 4881
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, Subscriptions Department, Pearson Professional, PO Box 77, Fourth Avenue, Harlow CM19 5BQ UK.
- AHCPublications Clearing House, PO Box 8547, Silver Spring, MD 20907 USA

### **Traducido y difundido por:**



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL  
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA  
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

“The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded”.

## Agradecimientos

The Joanna Briggs Institute would like to acknowledge and thank the review panel members whose expertise was invaluable during the development of this Best Practice Information Sheet. The review panel consisted of a multidisciplinary team that included:

- Ms Ann O'Donnell
- Ms Chris Pyne
- Ms Samantha Jolly
- Ms Dene Iwanicki
- Mr Nick Robilliard
- Ms Jenny Nicholson
- Ms Sandra Matta
- Ms Raili Tanska
- Ms Irene Henley
- Ms Mellanie Fernandez
- Professor Robert Barrett
- Ms Carol Turnbull
- Mr Tony Halczuk
- Dr Ken Walsh