



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Facultad de Medicina

TRABAJO FIN DE GRADO:
LA PSICOEDUCACIÓN EN LA REDUCCIÓN DE LA
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y PREVENCIÓN DEL
SUICIDIO

Autora: Laura González Salas

Directora: Azucena Pedraz Marcos

Curso 2016-2017



Índice

1. Resumen	5
2. Introducción.....	7
2.1 Incidencia de la depresión	7
2.2 ¿A quiénes afecta?	9
2.3 Tratamiento de la depresión.....	11
2.4 La psicoeducación	14
2.5 El suicidio en la depresión	15
2.6 Estrategias para la prevención del suicidio.....	16
2.7 Papel de Enfermería en la depresión y suicidio.....	18
2.8 Justificación	21
2.9 Metodología	23
3. Resultados.....	26
3.1 Psicoeducación para la prevención de episodios depresivos y suicidios.....	26
3.2 Efectividad de la Psicoeducación en la reducción de sintomatología depresiva	28
3.2.1 Estudios con programas psicoeducativos grupales	28
3.2.2 Estudios con programas psicoeducativos individuales	30
3.3 Psicoeducación en las familias	31
4. Conclusiones.....	33
Bibliografía.....	36
6. Anexos.....	42

LA PSICOEDUCACIÓN EN LA REDUCCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Resumen

Introducción

La depresión es uno de los principales problemas de salud pública de la sociedad actual. Es un tipo de enfermedad mental que se engloba dentro de los trastornos del estado de ánimo. Se caracteriza por un estado permanente de tristeza. Los efectos que esta enfermedad produce en los individuos que la padecen tienen repercusiones en todos los ámbitos de su vida personal, social, y laboral. Como consecuencia más nefasta que esta patología puede desencadenar dada su sintomatología se encuentra el suicidio.

La psicoeducación es una intervención terapéutica que reduce la sintomatología depresiva y puede prevenir el suicidio.

Objetivo

Evaluar la efectividad de la aplicación de las terapias psicoeducativas en la reducción de la sintomatología depresiva y prevención del suicidio.

Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda acerca de la literatura existente en las bases de datos Medline/ Pubmed y Cinhal, CUIDEN, PSYCinfo, Cochrane Plus, con las palabras clave depresión mayor, psicoeducación, suicidio y trastornos de adaptación. Se han incorporado a la revisión 16 artículos.

Resultados

Los pacientes depresivos se enfrentan a una enfermedad que afecta a todas las esferas de su vida, se ha demostrado que los distintos tipos de terapias psicoeducativas mejorarán la calidad de vida de estos pacientes así como la sintomatología depresiva, por lo que se ha demostrado que tiene un efecto positivo sobre la prevención del suicidio.

Abstract

Introduction

Depression is one of the main public health problems of today's society. It is a type of mental illness that is encompassed within mood disorders. It is characterized by a permanent state of sadness. The effects of this disease on the individuals who suffer from it have repercussions in all areas of their personal, social, and work life. As a consequence more harmful than this pathology can trigger given its symptomatology is suicide.

Psychoeducation is a therapeutic intervention that reduces depressive symptoms and can prevent suicide.

Objective

To evaluate the effectiveness of the application of psychoeducational therapies in the reduction of depressive symptomatology and prevention of suicide.

Methodology

A search has been carried out on the literature in the Medline / Pubmed and Cinhal databases, CUIDEN, PSYCinfo, Cochrane Plus, with the key words major depression, psychoeducation, suicide and adaptation disorders. 16 articles have been incorporated into the review.

Results

Depressive patients face a disease that affects all areas of their lives, it has been shown that the different types of psychoeducational therapies will improve the quality of life of these patients as well as the depressive symptomatology, which has been shown to have A positive effect on suicide prevention

Introducción

Incidencia de la depresión

La depresión es uno de los problemas de salud pública más importantes de la sociedad actual, ya que, el número de personas que padecen esta enfermedad va en aumento, lo cual genera costes sanitarios, personales y laborales de gran magnitud, además de ser una de las principales causas de discapacidad.

Según la OMS la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo, se considera que uno de los mayores riesgos que conlleva esta enfermedad es el suicidio, se estima que al año se suicidan más de 800.000 personas de edades comprendidas entre los 15 y 29 años. ¹

En relación con estos datos obtenido, el INE (Instituto Nacional de Estadística) recoge que la media de salud mental percibida en adultos mayores de 15 años en ambos sexos es de 1,49, si estos datos los disgregamos en hombres y mujeres, los datos obtenidos son que la media de percepción de la salud en hombres es de 1,23 frente a 1,74 en mujeres. Estos valores de la variable salud mental en adultos oscilan entre el 0 y el 12, de mejor a peor salud mental. Los datos anteriormente citados aportan información acerca de cómo percibe la población española su salud mental, siendo esta percepción en su conjunto considerablemente alta. ²

Así mismo, a partir de la Encuesta Europea de Salud en España 2014, se observa que la prevalencia de depresión autorreferida en población mayor de 15 años es del 6,89%. Según el sexo el 1,4% de las mujeres, consideran que en cuanto a la variable, severidad de la sintomatología depresiva, se encuentran en una situación grave, el 2,4% en una situación moderadamente grave, el 4% moderada y el 12% en una leve. Frente a estos datos encontramos los del colectivo masculino, el 0,7% de hombres considera que se encuentra en una situación grave, el 1,2% moderadamente grave, el 2,1% moderada y el 6,6% leve. Como se puede observar mediante estos datos, la prevalencia de aparición de un trastorno depresivo en la población española, es el doble en el caso de las mujeres. ³

Igualmente, un análisis de la prevalencia de la depresión en nuestro país, afirma que el trastorno mental, más recurrente en la población española es la depresión mayor, con una incidencia del 3,9%. ⁴

En cuanto a los costes de esta enfermedad, un informe realizado por el Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas, acerca de los costes sanitarios, revela que los trastornos mentales generan más costes que las enfermedades neurológicas, siendo los trastornos del ánimo uno de los grupos de trastornos mentales, al que más presupuesto se ha de destinar, siendo el coste de este grupo en 2010 de 10.763 millones de euros.⁵

Como avalan los datos anteriormente citados, depresión es una de las enfermedades que más problemas causan a nivel personal, sanitario y económico, por esta razón es imprescindible identificar a aquellos pacientes potenciales con el objetivo de prevenir la aparición de la enfermedad, así como los que estén sufriendola, garantizándoles el mejor de los tratamientos, para la reducción de las consecuencias que la enfermedad puede tener en todas las esferas de la persona.

La depresión mayor: concepto, características y criterios

La depresión mayor es un tipo de enfermedad mental que se engloba dentro de los trastornos del estado de ánimo. Se caracteriza por un estado permanente de tristeza, en el que se incluyen también modificaciones en el humor, patrón del sueño y alimentación.

El DSM-5 expone los criterios para el diagnóstico clínico de depresión mayor, para que se diagnostique a un paciente de dicha enfermedad, se tienen que identificar en la persona 5 o más de los síntomas que aparecen en el Criterio A, citados a continuación.⁶

Criterio A:

Al menos uno de los síntomas, tiene que ser el estado de ánimo deprimido todos o casi todos los días o pérdida del interés o placer.

1. Pérdida imprevista de peso sin llevar a cabo ninguna dieta, o aumento de peso, modificación de peso más de un 5% del peso corporal.
2. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
3. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (se puede observar el entecimiento tanto motor como psicológico)
4. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
5. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad, excesiva o inapropiada casi todos los días.

6. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse o tomar decisiones casi todos los días.
7. Pensamientos de muerte, ideas suicidas recurrentes, intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo.

Criterio B

Estos síntomas pueden causar malestar laboral, económico, social.

Criterio C:

Los síntomas no se pueden atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica.

Criterio D:

El episodio de depresión mayor no se explica mejor por la aparición de un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno específico o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Criterio E:

Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomníaco.

¿A quiénes afecta?

La depresión es una patología compleja, que no tiene un patrón de paciente en concreto. A pesar de ello, encontramos grupos de población de riesgo, tales como aquellas personas con antecedentes familiares de depresión mayor, puesto que es una enfermedad en la que se ha evidenciado que los factores genéticos influyen en su desarrollo, situando sus porcentajes de herencia entre el 40% y 50%.⁷

No se descarta la influencia de otros factores en la presencia de depresión tales como la edad. Diversos estudios confirman que es posible la aparición de esta enfermedad en todas las etapas de la vida, siendo más prevalente en edades comprendidas entre los 3 y 6 años (prescolares), los estudiantes universitarios, y en las personas ancianas, que en muchos casos la depresión se combina con otros trastornos mentales.⁴

Otro de los factores que influye en la presencia de depresión es el sexo, todos los estudios revisados concluyen que el sexo femenino es más propenso a sufrir dicha enfermedad. Se observa en los estudios consultados que el nivel de ingresos relacionado con la edad y el sexo pueden influir, cuando se habla de depresión mayor, así lo expone un estudio longitudinal llevado a cabo en Taiwan. En este estudio se compara la incidencia de depresión dependiendo de los ingresos, el sexo y la edad, así se hacen varios grupos, y los resultados del seguimiento de estos grupos recogen que en ambos grupos (tanto en el de bajos ingresos, como en el de ingresos normales) hay más incidencia de mujeres que sufren depresión mayor que hombres.⁸

El hecho de que las mujeres tengan más probabilidad de sufrir depresión es causado por las variaciones que tienen en sus hormonas, las cargas familiares y los problemas sociales. La proporción de depresión y sintomatología depresiva es 2:1 en mujeres y hombres respectivamente. Entre las causas se encuentran “Factores fundamentalmente hormonales, pero también genéticos, sociales o psicológicos. Las diferencias en la prevalencia de la depresión entre varones y mujeres comienzan en la adolescencia, se mantienen toda la vida y se relacionan con los cambios hormonales propios de cada etapa en la mujer”.⁹

Si bien es cierto que como se apunta en el estudio de Sørli et al. la mayoría de los pacientes con pensamientos suicidas, e intentos de suicidio son hombres¹⁰

Characteristic	Patients Not Attempting Suicide (N=213)		Patients Attempting Suicide (N=36)		All Patients (N=249)		Analysis p
	N	%	N	%	N	%	
Sociodemographic features							
Gender							
Male	56	26.3	8	22.2	64	25.7	
Female	157	73.7	28	77.8	185	74.3	
Married or cohabitating	117	54.9	14	38.9	131	52.6	0.08
Income (lower)	84	43.3	20	64.5	104	46.2	0.03
Employed	130	62.5	21	60.0	151	62.1	
Professional education	85	39.9	12	33.3	97	39.0	
Outpatient status	185	86.9	23	63.9	208	83.5	0.001
Clinical features							
Psychosis during follow-up evaluation	25	11.7	11	30.6	6	14.5	0.003
Melancholia	78	36.6	14	38.9	92	36.9	
Atypical	21	9.9	1	2.8	22	8.8	
Suicide ideation prior to study entry	131	61.5	28	80.0	159	64.1	0.03
Suicide attempt prior to study entry	63	29.6	22	61.1	85	34.1	<0.001
Comorbidity							
Axis I disorder during follow-up evaluation	138	64.8	24	66.7	162	65.1	
Dysthymia	23	10.8	2	5.6	25	10.0	
Anxiety disorder	120	56.3	22	61.1	142	57.0	
Alcohol use disorder during follow-up evaluation	71	33.3	24	66.7	95	38.2	<0.001
Axis II disorder during follow-up evaluation	114	53.5	26	72.2	140	56.2	0.04

Tabla 1: Diferencias entre los pacientes depresivos que cometieron un intento de suicidio y los que no en un estudio prospectivo en 5 años. Fuente: Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV Major depressive disorder: A five-year prospective study¹¹

Entre los artículos revisados la tendencia es que en las muestras de los estudios el género femenino sea más prevalente. “The report on global burden of disease estimates the point prevalence of unipolar depressive episodes to be 1,9% for men and 3,2% for women”¹²

Otro de los grupos más prevalente y con más probabilidad de manifestación es aquel del que forman parte pacientes con otros trastornos mentales como la esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad.

Tratamiento de la depresión

Para conocer la relevancia de este problema de salud en nuestro país, se han consultado diversos informes como el del Ministerio de sanidad, política social e igualdad, “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” según el cual, el 19,5% de los españoles, padecerán algún trastorno mental a lo largo de su vida. En este informe se recogen otros datos obtenidos a partir de la realización de encuestas a la población española, con el fin de conocer la opinión de la población en relación con su estado de salud mental, de los resultados obtenidos de dichas encuestas, el 21,5% de la población entrevistada, percibía su salud mental como mala.¹³

La depresión va a tener un tratamiento ambulatorio, en la mayoría de los casos llevado a cabo en el entorno del paciente, sólo se recurrirá al ingreso hospitalario cuando se produzcan situaciones que lo requieran. El tratamiento de elección para la depresión suele ser la combinación de agentes farmacológicos y psicoterapia.

En lo referente al tratamiento farmacológico de la depresión, se consideran de tres fases:

- En la primera fase (aguda) el objetivo es llegar a la remisión y control de los síntomas. Se utilizarán medidas farmacológicas
- La segunda fase de tratamiento, tendrá una duración de unas tres o cuatro semanas y consistirá en un tratamiento farmacológico y psicoterapia
- En la tercera fase, se plantea un tratamiento mantenido (unos seis meses) cuyo objetivo es evitar la recaída, y la aparición de un nuevo episodio de depresión aguda.

Entre las terapias farmacológicas, se encuentran varios grupos de fármacos que en la actualidad se utilizan para tratar dicha enfermedad.

En primer lugar se encuentran los antidepresivos tricíclicos cuyo mecanismo de acción consiste en la recaptación de 5HT y NA, aunque también pueden tener efecto sobre otros receptores como pueden ser histaminérgicos, muscarínicos o alfa adrenérgicos, siendo el efecto sobre estos el causante de aparición de efectos secundarios. Estos fármacos eran considerados de primera elección, pero debido a sus efectos adversos y a la aparición de nuevos fármacos con efectos secundarios menores, su utilización se ha visto disminuida.¹⁴

Los inhibidores de la enzima monoamino oxidasa (MAO) son otro de los grupos de fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión, aunque su eficacia se ha visto probada, no se utilizan con frecuencia debido a la dificultad que su manejo conlleva, dado que interactúan con otros medicamentos. Además de esto, otro de los inconvenientes de la utilización de estos fármacos es que los pacientes han de tomar dos dosis diarias e ir aumentando la cantidad del fármaco, hasta que se alcanza la dosis terapéutica.

Los fármacos que forman parte del grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, conforman en la actualidad uno de los grupos de fármacos de elección para el tratamiento de la depresión. Diversos autores comparan estos fármacos con los antidepresivos tricíclicos, el resultado es un menor número de efectos adversos y una eficacia mayor.¹⁵

Se encuentran también entre los fármacos para el tratamiento de la depresión los Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Estos fármacos obligan a la administración de más de una vez al día, debido a su vida media. Aunque se dispone ya de presentaciones retard, para disminuir esas administraciones en una sola toma.

El mecanismo de acción de los Antagonistas e inhibidores de la 5HT se basa en el bloqueo de los receptores 5HT_{2A} postsinápticos además de la acción de la inhibición de la 5HT y la NA.

Por otro lado encontramos los Antagonistas de NA y 5HT, de este grupo el fármaco más representativo es la mirtazapina, que actúa por una parte inhibiendo los receptores alfa 2, aumentando la transmisión de noradrenalina y serotonina y por otra parte bloqueando los receptores 5HT₂ y 5HT₃.

Por último dentro de la terapia farmacológica se encuentran los inhibidores de la recaptación de noradrenalina, aumentando la liberación de la misma debido al bloqueo que realizan de los receptores inhibidores de alfa2.

En la **Tabla 2** se muestran las diferencias entre los fármacos para el tratamiento de la depresión y sus diferentes mecanismos de acción.

FÁRMACO	MECANISMO DE ACCIÓN
Antidepresivos tricíclicos	Recaptación de 5HT y NA. Efecto sobre recetores histaminérgicos, muscarínicos o alfa adrenérgicos
IMAOS	Inhiben la enzima monoaminoxidasa
ISRS	Inhiben recaptación serotonina
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.	Inhiben la recaptación de ambas aminas (5-HT y NA)
Antagonistas de NA y 5HT	Inhiben receptores alfa2 y bloquean receptores 5HT2 y 5HT3.
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina	Bloqueo de los receptores inhibidores de alfa2.

Tabla 2 Tratamiento farmacológico de la depresión y sus mecanismos de acción. Elaboración propia

Además de esta terapia farmacológica, como se ha comentado con anterioridad, es de vital importancia el tratamiento de la persona enferma con la psicoterapia. Esta es una herramienta que se utilizará también en las tres fases del proceso de la enfermedad, de manera, que le proporcione al paciente en un principio apoyo, comprensión. Es decir, se trata de establecer una relación empática con el paciente, para a continuación comenzar con la psicoterapia, siendo el objetivo de esta primera fase una terapia cognitivo conceptual, que lo ayude a corregir sus pensamientos e ideas negativas.⁹ La terapia cognitiva trata de trasladar a la realidad al paciente, haciéndole ver que la perspectiva negativa de todos los ámbitos de su vida no es real.

Tras la terapia cognitiva, el enfermo tiende a ser más colaborador, así se podrá pasar a la terapia interpersonal, una terapia orientada a fomentar la capacidad para aceptarse a uno mismo y la de aceptación de los demás. El objetivo de esta terapia será que el paciente aprenda a manejar las relaciones con otros.

Además de las terapias farmacológicas y psicológicas, se encuentran también para el tratamiento de la depresión otras tales como la luminoterapia, la privación del sueño, el electrochoque, o la terapia creativa.

En cuanto a la luminoterapia o fototerapia, que consiste en la exposición del enfermo durante 30- 120 minutos a una luz fluorescente blanca o roja pálida, preferiblemente durante el día. El mecanismo de acción de esta terapia se basa en la inhibición de la melatonina diurna, pues se ha constatado que tiene efectos depresógenos. Esta terapia, se lleva a cabo fundamentalmente en depresiones estacionarias, y su efectividad es de carácter dudoso, ya que la terapia se lleva a cabo por el paciente sin supervisión y podría ocurrir que la adherencia no fuera la correcta.

La privación del sueño es otra terapia que antidepresiva, la cual se puede llevar a cabo de distintas maneras, como privación total del sueño varias noches, repetida a intervalos regulares o irregulares, privación parcial de la segunda mitad o último tercio de la noche, y la privación selectiva del sueño REM. Lo que se quiere conseguir es la aparición del sueño lento. Los pacientes suelen responder de forma positiva y rápida a esta terapia, pero se extingue también con rapidez.¹⁴

El electrochoque es una terapia que se puede aplicar en personas que son resistentes a otros tratamientos, aquellas con elevado riesgo de suicidio, con buena respuesta previa a la terapia electroconvulsiva. Se puede aplicar en todas las edades y en mujeres embarazadas.

La psicoeducación

“La psicoeducación es reconocida como una parte del tratamiento de los pacientes con depresión, ya que ha probado su eficacia en la disminución de las recaídas depresivas, en la mejor evolución de los episodios y en la reducción de costes sanitarios de esta enfermedad.”¹⁶

Además la psicoeducación también puede ser “una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema”.¹⁷ La razón por la

que esta herramienta terapéutica también se dirige a los familiares de los pacientes, es porque se considera que son los principales agentes de cuidado, por lo que también necesitan recibir atención y apoyo. El objetivo que persigue esta terapia es aumentar la calidad de vida de los pacientes, su capacidad de resolución y motivación.

Los principios del modelo psicoeducativo son los siguientes:

- Basar la terapia en el establecimiento de una buena relación terapéutica tanto con el paciente como con la familia
- Proporcionar información sobre la enfermedad y su manejo al paciente y a sus familiares
- Proporcionar ambiente familiar, social y laboral favorable para el mantenimiento terapéutico del paciente
- Introducir de forma gradual los roles del paciente en sus ambientes familiares y sociales
- Promover la continuidad del cuidado del paciente
- Existencia de diferentes modalidades de terapia psicoeducativa: individual, grupal y familiar ¹⁶

El suicidio en la depresión

Uno de los factores de riesgo más comunes dentro de la patología de la depresión es el riesgo de suicidio.

El informe para la prevención del suicidio, llevado a cabo por la OMS estima que en 2012 se suicidaron 804. 000 personas. En países desarrollados la prevalencia de suicidio es tres veces mayor en hombres que en mujeres, mientras que en países en vías de desarrollo la proporción es menor, siendo está de 1,5.

Según este informe, se llevan a cabo más intentos de suicidio al año que suicidios consumados. Siendo este el principal factor de riesgo para un suicidio efectivo.

El suicidio es la segunda causa de muerte en el mundo en personas de edades comprendidas entre los 15 y los 30 años.¹⁸

Algunos autores, relacionan de una manera muy íntima el problema la depresión mayor con el suicidio. Sørliet et al. afirma que la mayoría de los suicidios consumados, se

llevaron a cabo por personas con trastornos mentales, y los más comunes suelen ser los trastornos del ánimo.¹⁰ Así mismo K. Kumar y Barnhofer et al. consideran que los pacientes que hayan intentado cometer un suicidio cuando se encontraban sufriendo un episodio depresivo, tendrán una mayor probabilidad a volverlo a intentar cuando se vuelvan a encontrar deprimidos.^{12,19}

En España, en lo relativo a las causas de defunción en 2014, las personas que se suicidaron, fueron de 3.910 Si estos datos los disgregamos por sexo y edad, la tasa más alta de suicidios se produce en el sexo masculino en edades comprendidas entre los 30-39 años (375 hombres), en cuanto al sexo femenino, la tasa más alta de defunciones por suicidio, también se dio en la misma etapa etaria (129 mujeres).²⁰

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	3.910	2.938	972
Menores de 15 años	10	4	6
De 15 a 29 años	319	239	80
De 30 a 39 años	504	375	129
De 40 a 44 años	386	293	93
De 45 a 49 años	457	337	120
De 50 a 54 años	438	344	94
De 55 a 59 años	313	236	77
De 60 a 64 años	268	190	78
De 65 a 69 años	256	175	81
De 70 a 74 años	215	158	57
De 75 a 79 años	246	194	52
De 80 a 84 años	232	184	48
De 85 a 89 años	189	152	37
De 90 a 94 años	69	50	19
De 95 años y más	8	7	1

Tabla 3 Defunciones según la causa de muerte en 2014. Edad y sexo. Fuente: INE

Como se puede observar en los datos, es considerable la diferencia entre el número de suicidios cometidos por hombres y los cometidos por mujeres, si bien es cierto, que estas últimas, cometen un mayor número de intentos de suicidio, sin llegar a un suicidio consumado.

Estrategias para la prevención del suicidio

Si bien es cierto que un gran porcentaje de personas que comete un suicidio padecían alguna enfermedad mental, no todas aquellas personas que se suicidan la padecen. Es por esto que la OMS considera que dentro de las estrategias de prevención del suicidio tienen

que tomar parte no solo las instituciones sanitarias, sino también las instituciones políticas y la sociedad en general.

Alguna de las medidas que la OMS recomienda para la prevención del suicidio, son la limitación del acceso a los posibles elementos que puedan causar la muerte, como sustancias tóxicas, armas; el tratamiento de la depresión y el seguimiento de personas que han cometido algún intento autolítico con anterioridad.¹⁸

Igualmente, considera que otro de los puntos clave para la prevención del suicidio es identificar los factores de riesgo y los factores protectores, actuando sobre estos últimos.

Es necesario por tanto, identificar el riesgo suicida, mediante una entrevista clínica, y la evaluación mediante escalas. Durante la entrevista clínica habrá que indagar en todos los aspectos de la vida del paciente, prestando especial atención en los sociales, psicológicos²¹

Esta es la primera forma de prevención, escuchar a la persona durante la entrevista clínica, facilitando la verbalización y expresión de sus sentimientos, observar sus gestos y postura.

Si el paciente ha sufrido un intento previo se puede negociar con él un plan de seguridad por si los pensamientos suicidas vuelven, así como intentar establecer una buena relación terapéutica, para que si esos pensamientos vuelven el paciente lo comunique. Así mismo, se ayudará al paciente a establecer una rutina, que le haga pasar el tiempo de forma agradable, buscando actividades de ocio. Además se retirarán los objetos peligrosos de su entorno. Si la persona se encuentra hospitalizada, se llevarán a cabo ciertas medidas de seguridad para la prevención de un acto suicida.²²

Dentro de estas medidas generales, se encuentran las estructurales, donde la elección de una habitación adecuada es de suma importancia.

- Se instalarán a los pacientes con riesgo suicida en habitaciones cercanas al control de enfermería, y si la habitación no estuviese ubicada en el servicio de Psiquiatría, habría que tomar medidas tales como el bloqueo de ventanas.
- Igualmente se llevarán a cabo medidas como permanecer junto al paciente cuando tenga que hacer uso de elementos potencialmente peligrosos.
- Se pondrá especial atención en el uso de envases de plástico, no se usarán de cristal.

- Los interruptores de la luz se controlarán desde el control de enfermería.
- En cuanto a los elementos como la cama, deberán ser manuales. Los lavabos serán de acero inoxidable no de loza. Las ventanas estarán bloqueadas. Las puertas del servicio serán de seguridad.
- Se retirarán objetos potencialmente peligrosos como cordones.

En cuanto a las medidas de interrelación, el objetivo será comunicar al paciente de que las medidas que se toman son para su seguridad. A parte de esto se intentará reforzar la autoestima del paciente, fomentar el establecimiento de relaciones con personas significativas, así como la enseñanza de habilidades sociales y la comunicación asertiva.

Dentro de estas medidas, se encuentra también el conocimiento de todo el equipo (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, y otros profesionales que tengan contacto con el paciente) del riesgo de suicidio que determinado paciente tiene. De esta forma se podrán adoptar las medidas preventivas anteriormente citadas de la forma más correcta.

Habrá que prestar especial atención en las relaciones que el paciente mantiene, a su comportamiento e informar a los familiares de las medidas que se han tomado, para hacerles partícipes.

Hay medidas especiales, que se habrán de tomar cuando el riesgo de suicidio es mayor, debido al comportamiento de la persona, o a algún intento previo. Estas serán la revisión frecuente de la habitación y pertenencias del paciente, para evitar que tenga en su poder objetos peligrosos. Se clausurará el baño, por lo que enfermería lo acompañará cuando sea necesario. En caso de que el paciente se encuentre muy irritable o fuera de control, se podrá llevar la inmovilización terapéutica.

Papel de Enfermería en la depresión y suicidio

"La misión de la enfermera de salud mental es proporcionar los cuidados necesarios al paciente y la familia, ayudándolos a potenciar sus capacidades y recursos, para que puedan ejercer su autocuidado, tener autonomía y lograr su rehabilitación y reinserción en la vida social, teniendo siempre presente las ideas y querencias de los pacientes y familias, así como prestar cuidados al grupo potenciando la promoción y prevención de salud."²³

Según el documento de Ortiz de Sarate, la intervención de enfermería debe estar basada en los pilares que se enuncian a continuación. En primer lugar, se encuentra la función de prevención y promoción de la salud, en la que es necesario un papel activo por parte del personal de enfermería para concienciar y educar a la comunidad en materia de salud mental. Es importante también que los distintos profesionales de la salud tengan conocimientos acerca de los problemas de salud mental más prevalentes, poder identificarlos y tratarlos y/o derivarlos.

Otra de las ocupaciones de la enfermera es la asistencial, la cual constituye una parte importante del trabajo enfermero en esta patología, dada la relevancia que como ya se ha evidenciado en apartados anteriores del trabajo, tiene en las distintas esferas de la vida del paciente. Esta función asistencial engloba diferentes intervenciones y actividades. Lo que se deberá realizar en primer lugar será una valoración enfermera, esta valoración deberá poner especial atención, en un examen del estado mental, el cual se continuara valorando en cada encuentro que se tenga con el paciente y la familia. Para la recogida de datos es fundamental llevar a cabo una entrevista en la que el paciente pueda expresarse de manera cómoda y sincera, igualmente, enfermería tendrá que considerar aquellos aspectos que el paciente no verbalice, mediante la observación del mismo. A su vez, se podrán utilizar escalas, como la escala de depresión de Beck (Beck depression Inventory) en su forma abreviada.

Es importante, a la hora de valorar a estos pacientes, incluir de forma directa la posibilidad de una conducta suicida. Se deberá preguntar sobre su estado de ánimo, las soluciones que él considera que sus problemas pueden tener.

Una vez realizada la valoración, y conociendo el estado en el que se encuentra el paciente, se podrán plantear ciertos objetivos dirigidos a la recuperación del enfermo. En la primera fase de la enfermedad, enfermería puede centrarse, en evitar que la persona deprimida llegue a suicidarse, esto se puede conseguir estableciendo una relación de confianza con el paciente, y proporcionándole un entorno confortable.

Además de esto, habrá que ayudar a los pacientes a expresar sus pensamientos, ideas, y sentimientos, e intentar canalizar su tristeza, de manera que puedan expresarla sin llegar a hacerse daño. Se tratara de trabajar la triada cognitiva como expone Beck en *Terapia cognitiva de la depresión*.²⁴ Puesto que la depresión está ligada a la tentativa de suicidio, Beck también propone una técnica a la que llama "razones para vivir" y "razones para

morir", en la que el paciente llevara a cabo una lista de los motivos que tiene para vivir y los que tiene para morir. En este punto, la enfermera tendrá que ayudar a los pacientes a descubrir esas razones.

Es fundamental, en esta primera fase reincidir en la importancia del tratamiento farmacológico, por lo cual otra de los objetivos que enfermería puede plantearse, sería conseguir la correcta adherencia terapéutica de los pacientes.

Una vez logrado esto, los cuidados se podrán centrar en recuperar la confianza en uno mismo, e ir corrigiendo los pensamientos negativos que impregnan la vida del paciente.

Así mismo la depresión como se expone en los criterios diagnósticos, afecta a de manera directa a las actividades de la vida diaria de los pacientes. Es por esto que, se podrán planificar actividades, fomentando de esta forma la toma de decisiones, en un primer momento más sencillas, para ir aumentando su complejidad a medida que el paciente vaya superando esos pequeños retos.

Es necesario realizar intervenciones sobre la alimentación, pues es una de las áreas en las que enfermería puede aportar un valor añadido, orientando a la persona, y llevando a cabo la consecuencia de un plan que tenga como resultado la obtención de unos buenos hábitos alimenticios y fomentando así su autocuidado.²⁵

De igual forma, puede ser de gran utilidad para los pacientes, a parte de su seguimiento individual, la pertenencia a un grupo, con personas que padecen su enfermedad, para compartir así sus experiencias, ideas, miedos, y demás sentimientos. Así pues enfermería también se encarga de organizar y planificar terapias grupales, que puedan aportar un beneficio mayor a cada uno de los miembros.

Siguiendo con la función asistencial, se ha de comentar la importancia de la asistencia a las familias de aquellas personas que están enfermas, la formación y manejo de grupos o terapias individuales para familiares, de también se engloba en esta tarea.

En cuanto al ámbito de la docencia y la investigación, enfermería puede formar a otros profesionales enfermeros (formación continuada), llevar a cabo investigaciones, y publicaciones, acerca de la enfermedad.

Por último, mencionar también otro de los cometidos de enfermería, que como gestora, la enfermera encargará de la planificación de las sesiones de seguimiento, tanto individual como grupal. Así mismo, se encargará de los recursos materiales y personales

que le sean necesarios para su seguimiento. Llevará a cabo la gestión de casos y la coordinación intra e interinstitucional.

Justificación

¿Es posible que la psicoeducación reduzca la sintomatología depresiva y actúe como terapia preventiva ante el suicidio? Esta es la pregunta de investigación, que se planteó en un primer momento, para llevar a cabo la presente revisión narrativa. Su relevancia, viene dada por la presencia de datos epidemiológicos referentes a la depresión tales como los expuestos en el estudio de Nicanor Mori y July Caballero, donde se afirma que la depresión se asocia a pronósticos peores en relación con el estatus funcional y la salud percibida por uno mismo. Además de esto afirman que la depresión constituye un factor que impacta de forma negativa al manifestarse conjuntamente con enfermedades como la diabetes y las enfermedades coronarias. Indican a su vez que puede incrementar también el desarrollo de enfermedades como el ictus.

Según este estudio el pico de inicio de la depresión se desarrolla en la cuarta edad, aunque se puede desarrollar tanto en niños como en adultos y ancianos.

Otro de los efectos que se mencionan en este mismo artículo es la asociación de la depresión crónica con la mortalidad, se expone un artículo de Schoevers en el que se concluye que la mortalidad aumenta en un 41% en pacientes con depresión frente a los que no la sufren en un periodo de 6 años.²⁶

Así mismo, en otro estudio cuyo objetivo es “establecer la relación entre la ideación suicida, la triada cognitiva negativa y la depresión como evidencia del modelo del riesgo suicida”²⁷ se afirma que la conducta suicida está relacionada con la depresión, la desesperanza, la visión pesimista del futuro. De esta forma, según la definición de la triada cognitiva negativa de Beck (el individuo presenta tres cogniciones erróneas, de sí mismo, del mundo y del futuro) lleva a que la persona considere que todo en la vida es malo y no tiene nada que hacer, por esta razón se considera la depresión un factor predictor de intentos suicidas.²⁷

Además de la pérdida de funcionalidad y la potencial mortalidad que esta enfermedad conlleva, se le atribuyen también a la depresión consecuencias en la vida del enfermo como la disminución de su rendimiento laboral, lo que podría conllevar al absentismo

laboral y a una pérdida de la productividad. De esta forma la enfermedad no se reduce únicamente al plano personal del individuo, si no que afecta también al conjunto de la sociedad. En relación a esto, se han encontrado datos de un estudio desarrollado en Europa, el cual establece que el coste total de la depresión en este continente el 118 billones de euros. De esta cifra el 61% corresponde a costes indirectos (bajas laborales, pérdida de capacidad laboral) el 39% restante se divide entre tratamientos farmacológicos, cuidados ambulatorios, hospitalizaciones y mortalidad.²⁸

De acuerdo con estos datos se concluye que la depresión es una enfermedad que dado que conlleva repercusiones personales, sociales y sanitarias elevadas, es necesario investigar acerca de estrategias terapéuticas y tratamientos para la reducción de su sintomatología y prevención de conductas suicidas, dada la relación que mantienen con dicha enfermedad. De esta manera estaremos influyendo de forma directa en el principio de beneficencia del paciente.

Además con la terapia psicoeducativa, se busca que el paciente una vez completada su “formación” pueda continuar su vida diaria, controlando los aspectos que más le influyen en su estado de ánimo, y evitar que evolucionen a un grado mayor. Por esta razón también estaría muy presente en el trasfondo de esta revisión el principio de Autonomía del paciente.

Se considera que la pregunta es factible, ya que, la terapia psicoeducativa es una terapia que todas las enfermeras deberían poder llevar a cabo, por lo tanto, puede ser relativamente sencillo encontrar estudios que traten el tema.

Objetivos

Objetivo general: Evaluar la efectividad de la aplicación de las terapias psicoeducativas en la reducción de la sintomatología depresiva y prevención del suicidio.

Objetivos específicos:

- Conocer los diferentes tipos de psicoeducación existentes para el tratar a las personas con depresión.
- Conocer la influencia que causa la psicoeducación en la prevención de la depresión y el suicidio.

- Valorar la efectividad de la psicoeducación en la reducción de la sintomatología depresiva
- Conocer la importancia de la psicoeducación familiar en la reducción de la sintomatología depresiva

Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la literatura con el propósito de dar respuesta al objetivo general que se plantea en el apartado anterior. Para ello, se desarrolló una búsqueda en la literatura desde noviembre de 2016 hasta febrero de 2017, utilizando las bases de datos Medline/ Pubmed y Cinhal, CUIDEN, PSYCinfo, Cochrane Plus, para revisar artículos publicados entre enero de 2011 y diciembre de 2016, que incluyesen datos acerca de la psicoeducación dentro del suicidio y la depresión. Se realizaron, 3 búsquedas combinando las palabras clave, apareciendo siempre al menos una de ellas en el título de los artículos. Las palabras clave que se han utilizado en las búsquedas han sido: major depression, depression disorder, adjustment disorders, combinadas con los términos suicide and psychoeducation.

Además se llevó a cabo otra búsqueda en la biblioteca de Cochrane Plus cuya sentencia de búsqueda fue Depressive disorder major with qualifiers nursing care.

Los artículos incluidos fueron aquellos que trataran de forma específica el suicidio o la depresión, que incluyesen terapias psicoeducativas. Además las búsquedas tuvieron también como criterio de inclusión la edad de la población, la elegida fue la edad media (+ de 45 años). Los artículos excluidos fueron aquellos que trataban de otros trastornos mentales como la esquizofrenia, o el trastorno bipolar.

Los filtros que se han aplicado para las diferentes búsquedas, han sido siempre los mismos. Se buscaban artículos a texto completo, cuyo idioma fuera el inglés, publicados en los últimos 5 años, cuya población de estudio fueran mujeres y su edad fuera media (+ de 45 años).

Se han realizado varias búsquedas, ya que en un principio se quería incluir en la misma estrategia de búsqueda los tres términos principales: depresión, suicidio y psicoeducación, pero los resultados fueron negativos. Por esta razón la búsqueda se realizó en tres partes.

Primera búsqueda fue:

Base de datos	Sentencia de búsqueda	Número artículos encontrados	Número artículos seleccionados
Pubmed	Depression disorder and Psychoeducation	53	6
CUIDEN		2	1
CINAHL		2	1
Cochrane Plus		72	4
PSYCInfo		14	0

Segunda búsqueda

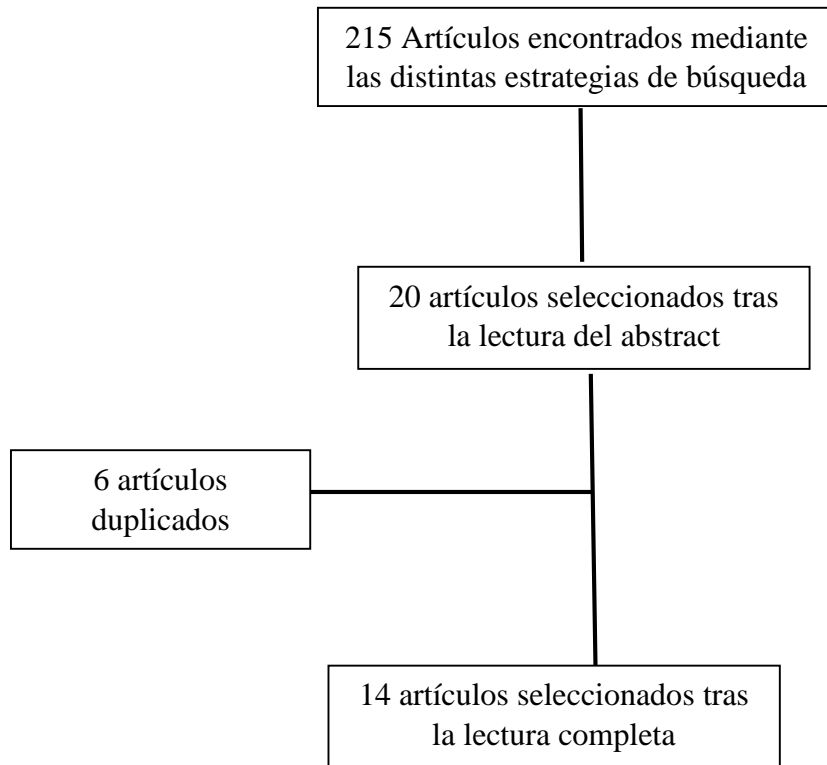
Base de datos	Sentencia de búsqueda	Número artículos encontrados	Número artículos seleccionados
Pubmed	Suicide and Psychoeducation	9	0
CINAHL		3	1

Tercera búsqueda

Base de datos	Sentencia de búsqueda	Número artículos encontrados	Número artículos seleccionados
Pubmed	Adjustment disorders and suicide	23	1
Psyinfo		28	0
Cochrane Plus		9	0

En la **figura 2** se puede observar, el proceso que se ha llevado a cabo para la recuperación de datos y estudios que finalmente han sido incluidos en la revisión.

Figura 2. Proceso de búsqueda, recuperación y selección de los artículos. Elaboración propia.



Resultados

Una vez seleccionados y leídos los artículos, se encontraron varias dimensiones a las que se decidió prestar especial atención, dado que respondían de manera excelente a los objetivos específicos que se habían planteado en el apartado anterior, por lo cual se decidió organizar la información en los apartados que se citarán a continuación:

1. Psicoeducación para la prevención de episodios depresivos y suicidios
2. Efectividad de la psicoeducación en la reducción de sintomatología depresiva
3. Psicoeducación en las familias

Psicoeducación para la prevención de episodios depresivos y suicidios

En primer lugar cabe destacar la importancia que Barnhofer et al. le da a la reducción de la sintomatología depresiva, para prevenir las tendencias suicidas. De este modo comenta el modelo que introdujo Rudd “The suicidal mode: A cognitive behavioral model of suicidality. Suicide and life-threatening behavior” publicado en el año 2000 y “Fluid vulnerability theory: A cognitive approach understanding the process of acute and chronic suicide risk” difundido en 2006, en el cual incluye un concepto de suicidio referente al comportamiento afectivo, que una vez iniciado puede incluir pensamientos suicidas, y/o motivación para iniciar comportamientos suicidas. De acuerdo con esto, el modelo anteriormente citado, se caracterizaría por la presencia de tres categorías de creencias: sentimientos de poca valía, impotencia y poca tolerancia al estrés. Como consecuencia derivada de este modelo, Barnhofer propone la Terapia cognitiva basada en Mindfulness con el propósito de que aquellos pacientes que la reciban puedan dejar de focalizar sus pensamientos en las cosas negativas, y focalizarlos en los sentimientos positivos. De manera que lo que se busca es probar la eficacia de esta terapia para reducir los síntomas depresivos los cuales están ligados al suicidio, de acuerdo con el modelo de Rudd.

Para llevar a cabo este estudio se necesitó una muestra de 274 participantes, los instrumentos de medida fueron Beck Depression Inventory II y Suicidal Cognitions Scale.

La muestra se dividió en tres grupos, recibiendo cada uno de ellos una terapia diferente. Así quedarían 77 participantes en el grupo que recibiría la Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), 78 en la terapia de psicoeducación cognitiva (CPE) la cual tiene

los mismos elementos que MBCT a excepción de la meditación, y un tercer grupo formado por 39 participantes que recibirían el tratamiento convencional (TAU).

Así su hipótesis es que los pacientes tratados con MBCT obtendrían unos resultados significativamente más bajos en cuanto a la sintomatología depresiva y las cogniciones suicidas que los pacientes tratados con las otras dos terapias.

Los resultados de esta investigación pudieron afirmar que había una relación estrecha entre los niveles de síntomas depresivos y los de las cogniciones suicidas. Como resultado se obtuvo también que aquellos que fueron tratados con MBCT mostraron en general una reducción de cogniciones suicidas.¹⁹

El estudio desarrollado por C. Buntrock et al tiene como objetivo evaluar la eficacia de una terapia psicoeducativa para la prevención del inicio de depresión mayor. Para llevar a cabo el estudio se reclutaron 406 participantes de la población general de Alemania, mediante una compañía estatal de seguros de salud. La terapia se desarrolló de forma individual, de manera que cada paciente mediante una intervención web, pueda preservar su intimidad, trabajar en el lugar que quiera, minimizar el estigma y poner en práctica las habilidades que vaya adquiriendo en su vida diaria.

Esta intervención tiene su base en elementos de la terapia cognitivo conductual y en la resolución de problemas.

El primer resultado que se quiso medir fue el tiempo de aparición de un episodio de depresión mayor en un tiempo de seguimiento de 12 meses. Además de esto también se midieron los síntomas depresivos, la calidad de vida, la ansiedad, la activación, la preocupación, las expectativas en el tratamiento, el insomnio, el curso de la evaluación, las actitudes de búsqueda de ayuda en los profesionales y los efectos de la psicoterapia.

Los resultados de esta intervención evidencian una reducción en la incidencia de depresión mayor de un 32% relativo a la intervención de la guía de autoayuda, frente un 47% en la intervención de psicoeducación vía web.²⁹

Efectividad de la Psicoeducación en la reducción de sintomatología depresiva

1. Estudios con programas psicoeducativos grupales

El estudio de Casañas et al. donde se propone evaluar la efectividad de un programa psicoeducativo, que incluya aspectos que no han sido incluidos en estudios previos tales como mejorar el conocimiento de la enfermedad, el desarrollo de un estilo de vida saludable así como la adquisición de hábitos saludables y el desarrollo habilidades para solucionar situaciones críticas. Además de evaluar este programa, se quería conocer qué tipo de personas se beneficiarían más de él, si los pacientes con síntomas leves o los que sufren síntomas más moderados.

Así se desarrolló un ensayo clínico aleatorizado. El grupo que recibiría la intervención estaría guiado por enfermeras, teniendo 12 sesiones (1 a la semana) con temáticas establecidas en las que se trataría educación sobre la enfermedad, resolución de problemas, técnicas de respiración y el estigma y autoimagen. El otro grupo de pacientes no tendría sesiones establecidas, si no que podría ir al centro de salud las veces que quisieran a la consulta para preguntar lo que necesitaran.

Las variables del estudio eran la efectividad de la intervención (remisión), la cual fue mayor en los pacientes incluidos en el grupo de estudio, puesto que el 34,5 % no presentaba sintomatología depresiva según la BDI, lo mismo ocurrió con las otras dos variables, la sintomatología depresiva y la calidad de vida, las cuales obtuvieron una puntuación más positiva en el grupo intervención.

De este modo la autora concluye que los resultados obtenidos en las variables son significativos además de por las puntuaciones obtenidas, por el tiempo en el que se adquieren, ya que con la intervención psicoeducativa, el tiempo que se necesita para alcanzar dicha puntuación es menor que el que se necesita en el grupo control.²⁸

Con respecto al ámbito hospitalario, se ha encontrado un ensayo clínico cuya población eran pacientes hospitalizados con depresión, este estudio pretendía aplicar y evaluar la eficacia de un grupo de psicoeducación dentro del hospital. El grupo de estudio además de recibir las tres sesiones estipuladas para la terapia psicoeducativa, continuaba con su tratamiento habitual, mientras que el grupo control solo recibía el tratamiento usual, el

cual consistía en tratamiento farmacológico, psicoterapia, terapia ocupacional y electroterapia.

Los pacientes incluidos en el grupo de intervención tenían que cumplimentar al principio y al final de cada sesión Inventory Sacle for Mood and Sense of Fatigue. Se pueden observar cambios en variables como la impaciencia, el sentimiento de estar sano, la fatiga y la vitalidad entre otras, a favor del grupo con terapia psicoeducativa. Se obtiene también una puntuación favorable en cuanto a la terapia psicoeducativa cuando se comparan los resultados obtenidos al comienzo de la terapia de grupo y al alta, alcanzando una mejoría en aspectos como depresión/perdida de seguridad en uno mismo, impaciencia, vitalidad y fatiga.

Sin embargo, al comparar los resultados de SMSF entre ambos grupos se encuentra que el grupo control obtiene unos resultados más altos que el de terapia grupal en cuanto a la fatiga. También se encontró un número mayor de pacientes que habían recibido electroterapia que en el grupo participante. Esto implicaba que los casos más severos de depresión se incluyeron en el grupo control lo cual afectó a la participación en el grupo de terapia psicoeducativa.

Así los resultados conocidos implican cambios mayores en el grupo control que podrían estar influidos por la severidad de la depresión y por la electroterapia.

Como conclusión de este estudio se afirma que la terapia de grupo no solo ha servido para mejorar los síntomas depresivos si no que ha aumentado el sentimiento de pertenencia a un grupo de los pacientes, y el refuerzo y soporte entre ellos.³⁰

En esta misma línea se encuentra la investigación dirigida por K. Rabovsky et al. propone formar un grupo de intervención con pacientes hospitalizados, con diferentes diagnósticos psiquiátricos. En este estudio los autores comparan ambos grupos. Los resultados relativos a la tasa de rehospitalización y el cumplimiento terapéutico, fueron obtenidos a través del seguimiento de los pacientes integrantes de ambos grupos durante un período de seguimiento de 12 meses tras finalizar el estudio. El cumplimiento terapéutico, se midió mediante un cuestionario que todos los pacientes debían cumplimentar. Otros resultados como la función global, la calidad de vida, y la alianza terapéutica, fueron recogidos por las escalas The global assement sacale (GAS), WHO-QOL-BREF en su

versión alemana y *Therapeutische Arbeitsbeziehung*. En cuanto a la rehospitalización y el cumplimiento terapéutico se encuentran diferencias significativas a favor de la terapia psicoeducativa, pero no en el resto de variables.³¹

2. Estudios con programas psicoeducativos individuales

De acuerdo con la investigación en base a la psicoeducación tratada mediante guías de autoayuda, R. Johansson et al. que refuerza la idea de que es posible un tratamiento vía internet, que mejore la sintomatología depresiva.

El estudio se desarrolla mediante el seguimiento de dos grupos, el grupo de intervención psicoeducativa, que contará con el soporte de un terapeuta el cual mantendrá el contacto con los pacientes mediante un sistema de mensajes. La intervención consistirá en ir superando los capítulos de la guía. El terapeuta será el encargado de aprobar el pase al siguiente capítulo. En el grupo control, no existía una guía, si no que la intervención se basaba en el soporte “en línea” proporcionado por un terapeuta, es decir mediante la web. En esta intervención los pacientes no tenían módulos para ir superando, sólo algunos textos en relación con aspectos generales de la depresión.

Se midieron la depresión, ansiedad y calidad de vida, siendo los resultados del grupo de intervención significativamente mejores que los del grupo control, en un periodo de seguimiento de 10 meses.³²

Resultados dispares se obtienen en el estudio de U. Stangier et al que compara el uso de las terapias cognitivo-conductuales y psicoeducación. Su principal objetivo es evaluar qué terapia es más eficaz en la aparición de un nuevo episodio de depresión mayor, más tardío. Siendo la terapia convencional (cognitivo-conductual) esta vez la que más eficacia muestra. Cabe destacar que se encontraron diferencias significativas a favor del grupo cuya terapia fue la cognitivo conductual, en aquellos pacientes que habían padecido 5 o más episodios de depresión mayor. En pacientes con menos de 5 episodios no se encontró diferencias en la tasa de recaídas entre las terapias en un período de seguimiento de un año.³³

C. Hitchcock et al. por su parte propone un estudio en el que quiere comparar una nueva terapia (MemFlex) con la terapia psicoeducativa. Esta nueva terapia plantea la eficacia que puede tener la modificación de las tendencias cognitivas utilizando técnicas que

ayuden a los pacientes a reducir el automatismo con el que los pensamientos negativos aparecen. Ambos grupos siguieron el mismo esquema de trabajo, el cual se basaría en una primera sesión cara a cara con un terapeuta y ocho sesiones en las que el paciente trabajará de manera individual con un libro como guía. La diferencia entre la terapia de MemFlex y la psicoeducación vendría dada por el contenido del libro que guiaba las sesiones. Dado que se trata de un proyecto de estudio, no se obtienen resultados concluyentes, aunque el autor plantea que puede ser una nueva vía de tratamiento eficaz en cuanto a la modificación de los pensamientos de los pacientes, los costes del tratamiento y el empleo de la misma como precursora de terapias cognitivo conductuales.³⁴

Psicoeducación en las familias

El ambiente familiar es un punto muy importante y a tener en cuenta en los pacientes que sufren enfermedades mentales. Los siguientes artículos comentan esta importancia a través de los estudios llevados a cabo.

En el estudio de Shimazu et al., se propone el tratamiento con terapia psicoeducativa a las familias de personas con depresión para evaluar la efectividad de la terapia en el mantenimiento del tratamiento y la influencia de la expresión de las emociones. Las emociones expresadas se medirían con la escala de actitud familiar (FAS) y usando *five minutes speech* simple (FMSS). La mencionada escala FAS asigna una puntuación de 0 a 120, siendo los valores más altos los correspondientes a mayores niveles de carga o crítica hacia los pacientes. Para evaluar el estado depresivo en el que se encuentran los pacientes se utilizó la BDI y Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Solo un miembro de la familia podía acudir a las sesiones, que se llevaban a cabo una vez cada dos semanas, siendo un total de 4 sesiones. Tras nueve meses después de la terapia, se compara el grupo de familias que ha recibido la terapia y el grupo control, siendo los resultados satisfactorios respecto a las familias que han recibido la terapia.

Los resultados mostraron que las tasas de recaídas fueron mayores en aquellos pacientes cuyos familiares obtuvieron una puntuación más elevada en la expresión de emociones.

Este estudio muestra que la psicoeducación familiar es efectiva en cuanto a las recaídas de sus familiares. Además, la formación de un grupo para familiares de personas con

problemas de salud mental facilita la relación con otras personas que sufren las mismas cargas que ellos y encontrar, de esta forma, figuras de referencia en las que apoyarse.³⁵

K.Kumar y M. Gupta pretenden evaluar la eficacia de la psicoeducación en la remisión de síntomas, y en la recuperación de un estado de bienestar. Para llevar a cabo este ensayo clínico aleatorizado se reclutaron un total de 80 pacientes, que se distribuyeron en dos grupos. Uno de los grupos estaba formado por pacientes y sus cuidadores (grupo intervención), y el otro por pacientes diagnosticados recientemente, según los criterios de la OMS (grupo control). En el primero recibieron módulos individuales y estructurados de psicoeducación, y en el segundo sesiones de *counseling*. En ambos, los pacientes fueron evaluados según las escalas de Hamilton Depression Rating Scale y Global Assessment of Functioning. A las doce semanas, los resultados fueron el aumento de sensibilidad en cuanto a la depresión y un aumento de la salud en general, en el grupo que recibió la intervención. La diferencia principal entre los dos grupos dada por la HDRS se produce a las cuatro semanas, de lo cual los autores concluyen que el periodo donde hay más riesgos para que se cometa un suicidio es en la fase de remisión y no cuando se producen los episodios de depresión mayor, como apuntan los hallazgos de K.M. Holma et al.¹²

En esta misma línea I. Morokuma et al., plantea un estudio en el que en lugar de proporcionar terapia a los pacientes junto con sus cuidadores, sean los pacientes a través de la psicoeducación, los que aprendan a desenvolverse eficazmente con sus familias y compañeros de trabajo. De esta manera se formaron dos grupos, el grupo que recibiría la terapia y el grupo control, ambos recibirían el tratamiento usual, y el grupo de estudio además recibiría sesiones de psicoeducación. Las sesiones estarían enfocadas a aprender a resolver problemas con la familia y otras personas y además, se tratarían cuestiones que los pacientes quisieran resolver. El TAU (tratamiento usual) consistía en la guía y evaluación de los síntomas una vez cada dos semanas.

Tras un período de 9 meses se compararon los marcadores, siendo la tasa de recaídas en los pacientes que estuvieron incluidos en las sesiones de psicoeducación de un 6% frente a un 36% en los pacientes del grupo control. Además la sintomatología depresiva y la recuperación de las funciones fueron mejores en el grupo de estudio.³⁶

Conclusiones

La prevalencia del trastorno depresivo mayor es muy elevada, y crece de manera alarmante, las consecuencias de este problema de salud, además de la ya citada, pérdida de la vida, son los costes elevados de los tratamientos, así como los costes económicos provocados por el absentismo laboral.

La pérdida de calidad de vida de aquellas personas que padecen esta enfermedad, es otra de sus consecuencias, lo que generará costes sociales, debido a que la mayoría de los pacientes deprimidos pierden habilidades sociales, como consecuencia de sus cambios de humor y la concepción de uno mismo que tienen. De manera que si esta enfermedad continua creciendo, podría llegar a ser la segunda causa de discapacidad después de las enfermedades cardíacas.

Por esta razón, se plantea el hecho de que la Psicoeducación puede ser un instrumento efectivo a la hora de combatir esta enfermedad.

De acuerdo con esto, los estudios revisados consideran la sintomatología depresiva, como una de las causas que llevan a una persona a intentar cometer un suicidio, y en ocasiones a consumarlo. Es por esta razón por la que los resultados obtenidos en esta revisión son de gran importancia, ya que si se utiliza la psicoeducación con la finalidad de reducir la sintomatología depresiva, podríamos concluir que de forma indirecta la psicoeducación está siendo empleada para el tratamiento de esas tendencias suicidas.

Dentro de la psicoeducación, se han hallado formas de tratamiento que pueden empoderar a los pacientes deprimidos para lidiar así con su enfermedad, y dar soluciones a los problemas que el paciente depresivo suele padecer, siendo algunos de ellos pensamientos negativos, percepciones distorsionadas de la realidad, falta de habilidades sociales, y habilidades para la resolución de conflictos.

De este modo se encuentran tres grandes bloques en los que se pueden encuadrar los resultados obtenidos, de cara al beneficio y la recuperación de los pacientes.

En primer lugar, se encuentran las terapias individuales, autodirigidas, y llevadas a cabo mediante internet. Se puede afirmar, tal como avalan los resultados obtenidos en el estudio de C. Buntrock, que pueden ser útiles como herramientas de prevención, en cuanto al comienzo de la enfermedad.

Son nuevas formas de tratamiento que han demostrado su eficacia en cuanto a la disminución de los síntomas. De estas terapias se obtiene un modelo de tratamiento más independiente, en el que el paciente también puede aprender a desarrollar lo que va aprendiendo de manera individual poniéndolo en práctica, quizás de manera más directa en su día a día. Bajo mi punto de vista es una manera de fomentar la autonomía del paciente y la participación activa en su curación.

Seguidas de estas, se encuentran las terapias grupales, habitualmente dirigidas a personas que ya padecen la enfermedad. Este tipo de terapias podríamos considerarlas como prevención secundaria y en ocasiones terciaria, puesto que son eficaces en cuanto a la remisión y reducción de la sintomatología depresiva. Un punto importante de acuerdo con este tipo de terapia será el tiempo requerido para la consecución de estos resultados, ya que es menor cuando se emplea la psicoeducación en un grupo.

Además de estas ventajas, se ha comprobado que al desarrollar una terapia grupal los pacientes podrán practicar sus habilidades sociales y de comunicación dentro grupo homogéneo, del que pueden sentirse parte y aprender a fortalecer vínculos.

En cuanto al entorno en el que el paciente vive, toma gran importancia la relación con la familia. Se han encontrado estudios dirigidos a los pacientes que sufren depresión, a sus familiares y a ambos. La importancia de los resultados de estos estudios es elevada, dado que muchas veces algún miembro de la familia ejerce de cuidador, ejerciendo las funciones que la persona no enferma llevaría a cabo.

De esta forma, si la intervención la reciben los familiares de las personas con problemas, serán capaces de comprender la enfermedad que su familiar sufre, aprender acerca de las técnicas para “manejarlo” y adquirir conocimientos sobre el tratamiento de la enfermedad. Además de eso como sucedía cuando se realizaban intervenciones grupales con los pacientes, los familiares formarán parte de un grupo en el que puedan expresar sus pensamientos, y sentimientos y compartirlos con personas que están pasando por la misma situación.

Si la intervención tiene como fin la mejora en la resolución de situaciones y problemas que puedan surgir a lo largo de la vida diaria, los receptores serán los pacientes deprimidos, que mediante esta intervención aprenderán técnicas para relacionarse y solucionar los pequeños problemas que puedan surgir en su entorno más próximo, de

manera que aprenderán a tener bajo control situaciones que previamente les sobrepasaban.

Una vez analizados y comparados los artículos que se han seleccionado para esta revisión, se puede afirmar que la psicoeducación es una herramienta efectiva en el tratamiento de la depresión, pues se ha mostrado que reduce las recaídas, aumenta la calidad de vida de los pacientes, el sentimiento de bienestar y reduce la sintomatología depresiva.

Además de esto, la revisión de la literatura que se ha llevado a cabo, ha permitido identificar las diferentes formas de la terapia psicoeducativa, de acuerdo con las necesidades de los pacientes. Aunque el objetivo que se perseguía era verificar la eficacia de la psicoeducación como terapia para personas con depresión y tendencias suicidas, la escasez de bibliografía al respecto, ha conducido el enfoque del trabajo a la revisión de la efectividad de la psicoeducación en la reducción de la sintomatología depresiva como tratamiento para la prevención del suicidio.

Puesto que esto es así, y siendo la depresión una enfermedad muy compleja dado que afecta a todas las dimensiones de la persona, considero que en esta enfermedad la prevención tiene un papel igual o más importante que la curación, ya que las consecuencias de la aparición de la enfermedad pueden ser nefastas para la persona, es por tanto imprescindible que se tome consciencia de lo que esta enfermedad supone. Para ello, es fundamental, que el abordaje de este trastorno sea multidisciplinar.

Con respecto a esto, el papel que el colectivo enfermero puede llegar a tener dentro de esta enfermedad es considerable, ya que los profesionales de enfermería son los que más contacto tienen con los pacientes, tanto en los momentos en los que se encuentran hospitalizados, como en las consultas dentro de la comunidad.

Es en este punto, donde aprovechando ese contacto más estrecho, enfermería puede realizar valoraciones y evaluaciones del estado de salud mental de los pacientes, para identificar los posibles problemas, tratarlos y derivarlos de forma rápida y eficaz, previniendo así mayores consecuencias.

Como ejemplo para el desarrollo de estas actividades se pone de manifiesto un estudio cuyo objetivo fue probar la eficacia de una pequeña intervención, desarrollada por enfermeras domiciliarias, para mejorar la identificación de personas con depresión y remitirlas así a una evaluación de salud mental. Tras la evaluación de estas intervenciones

las conclusiones a las que se llegaron fueron que el entrenamiento en la detección de personas deprimidas por parte de las enfermeras domiciliarias, era un punto importante en la detección, y evaluación de pacientes con trastornos depresivos

Por tanto, tal como se muestra en el estudio de M.L. Bruce, es importante que se promuevan y conozcan las posibles intervenciones dentro del colectivo enfermero, con la finalidad de llevarlas a cabo y reducir de esta forma, el impacto de la depresión en la sociedad. Además de proporcionar formación especializada y continuada en favor de estas intervenciones.

Para concluir cabe destacar que aunque el peso que enfermería puede tener en la recuperación de estos pacientes, es de gran importancia, se ha encontrado poca bibliografía que relacione la psicoeducación con la enfermería. Es por esto, que se considera que las futuras líneas de investigación podrían ir enfocadas a evaluar la implicación de enfermería en la patología depresiva, estudiar la calidad de vida en pacientes con depresión cuyo seguimiento esté a cargo de enfermería, y estudios que valoren la cantidad de detecciones de depresión llevan a cabo los profesionales de enfermería.

Bibliografía

1. World Health Organization. Suicidio. Notas descriptivas [Internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. MSSSI. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Instituto nacional de estadística. Available from: <http://www.ine.es>
3. MSSSI. La encuesta europea de salud en España 2014 (INE) + La serie ENSE (MSSSI) = Tendencias de salud en 30 indicadores. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2016;28. Available from: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
4. Cardila F, Martos Á, Barragán AB, Pérez-Fuentes M del C, Molero M del M, Gázquez JJ. Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. Eur J Investig Heal Psychol Educ. 2015;5(2):267–79.
5. Consejo General de la Psicología en España. El coste económico de los trastornos mentales en España superó al gasto público en sanidad. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5421
6. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM-5. Arlington,VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
7. Liu S. The gender-specific association of rs334558 in GSK3 β with major depressive disorder. Medicine (Baltimore) Enero 2017. Vol 96, Num 3.
8. Lee C-T, Chiang Y-C, Huang J-Y, Tantoh DM, Nfor ON, Lee J-F, et al. Incidence of Major Depressive Disorder. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2016;95(15):e3110. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0005792-201604120-00012>
9. Kirkpatrick B. Gender differences in major depressive disorder: somatic symptoms and quality of life. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2009;2(3):105-7. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13141287

&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=108&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v02n03a13141287pdf001.pdf

10. Sørli T, Sørgaard KW, Bogdanov A, Bratlid T, Rezvy G. Prevalence and characteristics of suicide attempters and ideators among acutely admitted psychiatric hospital patients in northwest Russia and northern Norway. *BMC Psychiatry* [Internet]. *BMC Psychiatry*; 2015;15(1):187. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/15/187>
11. K.M. Holma et al. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV Major depressive disorder: A five-year prospective study. *Am J Psychiatry*. Julio 2010
12. Kumar K, Gupta M. Effectiveness of psycho-educational intervention in improving outcome of unipolar depression: results from a randomised clinical trial. *East Asian Arch psychiatry Off J Hong Kong Coll Psychiatr = Dong Ya jing shen ke xue zhi Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*. 2015;25(1):29–34.
13. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad E. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2009;30–7. Available from: <http://www.aepp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>
14. Alonso-Fernández F. Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. Instituto de España. M. Educación, editor. 2009.
15. R. Ceballos Atienza. Ansiedad y depresión: guía práctica. Formación Alcalá. Septiembre 2010.
16. Aragonés E, Cardoner N, Colom F, López G. Guía de buena Práctica Clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión. 2015;(December):1–97. Available from: https://www.researchgate.net/publication/234839334_Gua_de_Buena_Prctica_Clnica_Psicoeducacin_en_pacientes_con_depresin
17. V. O.López Amaro. Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor. Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Medicina Sección de Estudios de Posgrado e Investigación. Mexico D.F. Mayo 2011.

18. World Health Organization. Preventing suicide. 2014;143(7):609–10.
19. Barnhofer T, Crane C, Brennan K, Duggan DS, Crane RS, Eames C, et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Reduces the Association Between Depressive Symptoms and Suicidal Cognitions in Patients With a History of Suicidal Depression. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(6):1013–20.
20. Instituto Nacional de estadística. Defunciones según la causa de muerte 2014. Suicidios por edad y sexo.
21. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2012;398. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Recomendaciones para la detección de riesgo de suicidio y prevención de conductas suicidas en unidades de hospitalización psiquiátrica breve. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Marzo 2016.
22. A. Ortiz de Sarate et al. Trastornos del estado de ánimo. Elsevier masson. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. 2011. Vol 5
23. Beck, A. Rush, A. shaw, B. Emerry G. 1979. Terapia cognitiva de la depresión, Bilbao, Desclee De Brouwer, 1983.
24. J. Bobes et al. Enfermería Psiquiátrica. ed síntesis. Manuales científico/técnicos. 2001 pag 153/154
25. Patiño Torres MJ, Hernández Maurice E. Artículo De Revisión. *Med Interna*. 2011;27(1):7–22.
26. Toro-tobar RA, Grajales-giraldo FL. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y..._ EBSCOhost. 16:473–86.
27. Valladares a, Dilla T, Sacristán J. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. (Spanish). *Actas Españolas Psiquiatr* [Internet]. 2009;37(1):49–53. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=37033593&lang=es&site=ehost->
28. Casañas R, Catalán R, del 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* [Internet]. 2012;12:230. Available

from:<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3551665&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

29. Buntrock C, Ebert DD, Lehr D, Smit F, Riper H, Berking M, et al. Effect of a Web-Based Guided Self-help Intervention for Prevention of Major Depression in Adults With Subthreshold Depression. *Jama* [Internet]. 2016;315(17):1854. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.4326>
30. Tanaka S, Ishikawa E, Mochida A, Kawano K, Kobayashi M. Effects of Early-Stage Group Psychoeducation Programme for Patients with Depression. *Occup Ther Int*. 2015;22(4):195–205.
31. K. Rabovsky et al. Efficacy of bifocal diagnosis independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: results from a randomized controlled trial. Springer Verlag 2012
32. Johansson R, Ekbladh S, Hebert A, Lindström M, Möller S, Petitt E, et al. Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: A randomised controlled trial. *PLoS One*. 2012;7(5).
33. Rabovsky K, Trombini M, Allemann D, Stoppe G. Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: Results from a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(5):431–40.
34. Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, Hashizume H, Kamimura N, Kawamura A, et al. Psychoeducation for major depressive disorders: A randomised controlled trial. *Psychiatry Res* [Internet]. Elsevier; 2013;210(1):134–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.018>
35. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, et al. Family psychoeducation for major depression: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2011;198(5):385–90.
36. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch a K, Barocka a, Schlosser R, et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized

- controlled trial. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2013;170(6):624–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23732968>
37. Hitchcock C, Hammond E, Rees C, Panesar I, Watson P, Werner-Seidler A, et al. Memory Flexibility training (MemFlex) to reduce depressive symptomatology in individuals with major depressive disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. *Trials*; 2015;16:494. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-1029-y>
38. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: Results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* [Internet]. *BMC Psychiatry*; 2013;13(1):170–4. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-170>
39. Bruce ML, Brown EL, Raue PJ, Mlodzianowski AE, Meyers BS, Leon AC, et al. A randomized trial of depression assessment intervention in home health care. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(11):1793–800.

Anexos

Anexo I: Resumen del contenido de los artículos revisados

Autor	Tipo de estudio	Objetivo	Método	Resultados	Limitaciones
Barnhofer (2015)	Ensayo clínico	Investigar la efectividad de Mindfulness como herramienta para romper la relación entre los síntomas depresivos y el suicidio	Dos grupos randomizados: grupo intervención y control BDI-II Suicidal cognitions Scale SCS	Los pacientes tratados con MBCT, mostraban una reducción de pensamientos suicidas	Los pacientes se encontraban en fase de remisión completa
C. Buntrock (2016)	Ensayo clínico	Evaluar la efectividad de una guía de autoayuda vía web, como intervención para la prevención del inicio de MDD	Seguimiento individual vía telefónica. Autoinformes de los pacientes vía web	La intervención reduce el riesgo del inicio de la enfermedad. En algunos casos la retrasa	La incidencia de personas con MDD en el grupo control era bastante elevada. El tratamiento habitual no estaba estandarizado. La población de estudio eran mujeres con un alto nivel educacional
C. Hitchcock	Protocolo de estudio	Comparar la eficacia de una nueva terapia (MemFlex) con la terapia psicoeducativa.			
C. Rummel-Kluge	Cualitativo	Conocer los diagnósticos en los que se aplica la psicoeducación en los centros sanitarios de Alemania.	Dos estudios. Cuestionarios para evaluar qué intervenciones se llevan a cabo en los diagnósticos de salud mental. Se comparan entre sí	Comparado con 2004 se ofrece más psicoeducación a los pacientes depresivos en el 2009.	No todos los cuestionarios fueron resueltos en ambos estudios. La forma de contestar el cuestionario tal vez no fue la más objetiva

Autor	Tipo de estudio	Objetivo	Método	Resultados	Limitaciones
I. Morokuma (2013)	Ensayo clínico	Evaluar la efectividad de una intervención de psicoeducación dirigida da lidiar con la familia y personas del entorno y en la resolución de problemas	Dos grupos: intervención y control. Seguimiento en sesiones grupales (grupo intervención) y sesiones individuales (grupo control) HRDS, BDI Clinical Global Impression (CGL)	La intervención pudo demostrar la efectividad en el tratamiento y reducción de las recaídas durante un período de 9 meses de seguimiento.	Pacientes de mediana edad con síntomas moderados. Muestra pequeña Los pacientes estaban en contacto con profesionales de la salud mental y con otros pacientes
K. Kumar (2015)	Ensayo clínico	Evaluar el impacto que tiene la psicoeducación en pacientes con depresión y en sus cuidadores	Dos grupos randomizados. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) Global Assement of functioning (GAF) Psychological General Wellbeing Index (PGWBI)	HDRS significativo a las 4 semanas. Las intervenciones psicoeducativas reducen el riesgo de suicidio.	Más tiempo empleado en el grupo intervención
K. Rabosky (2012)	Ensayo clínico	Analizar la eficacia de la formación de un grupo con varios diagnósticos de salud mental en el tratamiento de la remisión, cumplimiento.	Dos grupos randomizados. Grupo control y grupo intervención	Self Rating questionnaire Clinical global impresión (CGI) Global funtioning	
K. Shimazu	Ensayo clínico	Examinar la psicoeducación familiar en el mantenimiento del tratamiento de la depresión y examinar la influencia de la expresión de las emociones	Dos grupos no randomizados: grupo intervención y control Family Attitude Scale (FAS) Expressed Emotion	La psicoeducación familiar es efectiva en la prevención de recaídas en pacientes con depresión	Pacientes de hasta 85 años, cuyas familias podían diferir en la educación respecto a otras más jóvenes. Comparación entre tratamiento familiar + tratamiento usual, y sólo tratamiento usual

Autor	Tipo de estudio	Objetivo	Método	Resultados	Limitaciones
M.L. Bruce	Ensayo aleatorizado	Probar la eficacia de una intervención enfermera para mejorar la identificación de personas con depresión y remitirlas así a una evaluación de salud mental	SCD, OASIS	El entrenamiento en la detección de personas deprimidas por parte de las enfermeras domiciliarias, era un punto importante en la detección, y evaluación de pacientes con trastornos depresivos	Muestra recogida por las agencias
R. Casañas (2012)	Ensayo clínico	Evaluar la efectividad de un programa psicoeducativo que incluye aspectos como el cuidado persona y el estilo de vida en pacientes con depresión en atención primaria	Dos grupos no randomizados: grupo intervención y control. Sesiones grupales BDI EQ_-5D (cuestionario calidad de vida)	La proporción de personas no sintomáticas según BDI fue 31,3% en el grupo intervención, frente 25,5% en el grupo control. La calidad de vida también aumento de manera significativa en el grupo intervención.	No hubo doble ciego. Solo se usaron dos escalas para medir resultados La remisión de la depresión fue determinada por la BDI y no por una entrevista diagnóstica
R. Johansson (2012)	Ensayo clínico	Investigar la eficacia de una intervención psicodinámica mediante una guía de autoayuda vía internet	Dos grupos randomizados. Grupo control y grupo intervención. Seguimiento mediante terapeutas vía internet. BDI, Montgomery Asberg depression Rating Scale (MADRS) Patient Health questionnaire Depression Scale (PHQ-9)	Mayor eficacia del tratamiento psicodinámico durante las 10 meses de seguimiento	La muestra fueron pacientes recogidos en la comunidad, por lo que no se sabe si los resultados serían eficaces en el tratamiento clínico. Nivel de estudios de la muestra elevado. Se permitió que los participantes tuvieran tratamiento paralelo

Autor	Tipo de estudio	Objetivo	Método	Resultados	Limitaciones
S. Tanaka (2015)	Ensayo clínico	Evaluar la efectividad de la implantación de un grupo de psicoeducación para pacientes hospitalizados con un nuevo diagnóstico de depresión	Dos grupos no randomizados: grupo intervención y control	Sesiones grupales Scale for Mood and Sense of Ftigue (SMSF)	Estudio no randomizado. El grupo control incluyó casos más severos.
U. Stangier (2013)	Ensayo clínico	Comparar los resultados de dos tratamientos: aprendizaje de psicoeducación y terapia cognitivo conceptual	Dos grupos randomizados. Sesiones individuales Longitudinal Interval Follow up Evaluation 17 item HAM - D	CBT muestra mayor eficacia en la prevención y recaídas de la depresión que el aprendizaje de psicoeducación	El tiempo de las sesiones de psicoeducación fue menor. No se tuvieron en cuenta los tratamientos que anteriormente los pacientes habían recibido