

Assaig clínic d'un tractament grupal en dones amb depressió a la sanitat pública: Projecte PROM-SA-D

Víctor Carretero Pifarré

<http://hdl.handle.net/10803/671021>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESI DOCTORAL

Títol	Assaig clínic d'un tractament grupal en dones amb depressió a la sanitat pública: Projecte PROM-SA-D
Realitzada per	Víctor Carretero Pifarré
en el Centre	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna Universitat Ramon Llull
i en el Departament	Psicologia
Dirigida per	Dra. Núria Farriols Hernando Dra. Carol Palma Sevillano

“Converteix-te en el canvi que vols veure en el món”

Mahatma Gandhi

“No deixis que les dificultats t'impedeixin treure el millor de tu mateix”

Bruce Springsteen

A la meva família ...

A les meves directores ...

Als meus pacients ...

A la Violeta ...

A la Bruna ...

AGRAÏMENTS

Un projecte d'aquesta magnitud sempre necessita més d'una persona per poder arribar a bon port amb èxit. Voldria donar les gràcies a totes les persones que hi ha hagut al darrera d'aquesta investigació. Amb el seu afecte, paciència, esforç, consells i aprenentatges, ha estat possible endegar aquest projecte amb il·lusió, reflotar-lo en els moments difícils i gaudir-ne durant tot el trajecte.

Per això m'agradaria dedicar primer de tot el meu màxim reconeixement a les meves dues Directores, la Núria i la Carol, dues professionals que he tingut el gust de conèixer tant en el terreny professional com en el personal i de les quals puc dir, orgullós, que m'han conegut també a mi. Al llarg de l'elaboració d'aquest projecte, tot i les circumstàncies difícils, mai no han dubtat de donar-me suport, ànims o dedicar-me temps, sempre amb il·lusió i paciència, la qual cosa demostra la qualitat que tenen com a persones i com a professionals. Els ho agraeixo moltíssim.

Gràcies a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* per ajudar i donar-me l'oportunitat de formar-me des que vaig iniciar la meva llicenciatura. I, en aquesta Facultat, agraeixo als professors/res haver contribuït a fer-me trobar el meu lloc dins aquesta professió i anar construint el psicòleg que sóc avui, sempre entre grans professionals i bones persones. Gràcies a Jordi Segura Bernal, investigador principal del *Grup de Recerca de Comunicació i Salut (COMSAL)*, per oferir-me estar entre els seus membres i gràcies a tothom qui forma part d'aquest grup per donar-me el seu suport i mantenir viva la meva investigació.

També agraeixo a Óscar Andi3n totes les seves observacions i consells a l'últim tram d'aquest treball, que m'han ajudat a fer el tancament d'una tesi de la qual em sento satisfet. Gràcies a Sergi Corbella pels seus consells i per ser un bon referent a seguir. També voldria donar les gràcies als companys de Doctorat, els quals m'han acompanyat i han compartit la seva saviesa personal i, en especial, a Alba i Oriol, amb qui ens hem trobat en moments i llocs diferents, però l'amistat i companyonia dels quals han estat sempre incalculables.

Gràcies al *Consorti Sanitari del Maresme*, per donar-me l'oportunitat de la meva pràctica clínic i treball de camp. Gràcies a tots/es els/les professionals d'aquest centre: adjunts, residents PIR, l'equip de secretaria, els estudiants de pràctiques i els companys i companyes que em van ajudar a fer els grups. De tots ells i elles he tingut la sort d'aprendre una mica cada dia.

I, ara, vull donar les gràcies als més propers, especialment a la meva família, els meus pares, Diego i Maria i el meu germà Pau, els quals han estat un pilar d'ajuda, ànim i afany de

superació constant des que vaig posar un peu al llarg camí de la Psicologia. Gràcies a la meua àvia per ser-hi present, en tot el que faig. Tot i no tenir-la a prop, penso en ella cada dia. Gràcies a la que, per a mi, és la meua mentora i una gran amiga, Isabel, el suport i els aprenentatges de la qual són i seran inestimables. També voldria agrair als meus amics i companys d'Owl Institut i TEAMAR, especialment a Rebeca i Xavi, el seu suport, amb els quals cada dia ensenyo i aprenc noves lliçons, tant de Psicologia com de la Vida. Voldria agrair, especialment, a la meua parella, Violeta, el seu entusiasme, sensibilitat, bondat i confiança per seguir-me allà on vagi jo, i a la meua filla Bruna, per omplir-me d'alegria, il·lusions i esperances en el seu dia a dia de creixement continuat. Elles dues fan que vulgui ser millor persona.

I, finalment, el meu agraïment a totes aquelles persones anomenades "pacients" amb les quals he tingut el plaer de topar-me. Gràcies per escoltar i gràcies per ensenyar-me, elles també, a mi.

A tots vosaltres, gràcies per ser el motor de la meua vida!

MÈRITS CIENTÍFICS

Contribucions a congressos

Carretero, V., Farriols, N., Palma, C., Aliaga, F., & Frías, A. (Novembre, 2014). *Ensayo clínico aleatorizado de una intervención psicoterapéutica grupal en mujeres que presentan ansiedad y depresión: resultados preliminares*. Comunicació oral presentada al II Congrés Nacional de Psicoteràpia FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas), Barcelona, Espanya.

Carretero, V., Farriols, N., Palma, C., Calzada, A., Aliaga, F., & Frías, A. (Novembre, 2015). *Mindfulness y terapia cognitivo-conductual: Influencia en la inteligencia emocional en personas con depresión*. Comunicació oral presentada al I Congrés Internacional de Psicologia i Psicoteràpies Humanistes, Barcelona, Espanya.

ÍNDEX

Introducció	13
-------------	----

PRIMERA PART. MARC TEÒRIC

1. Revisió de l'estat actual de la salut mental a l'atenció primària	16
1.1. Salut mental i benestar	16
1.2. La depressió	19
1.2.1. Característiques psicopatològiques i prevalença	19
1.2.2. Conseqüències a nivell socioeconòmic	22
1.3. Intervenció psicològica grupal de la depressió	25
1.3.1. Intervenció psicològica grupal des de l'orientació cognitivoconductual	26
1.3.2. Intervenció psicològica grupal des de l'atenció primària	28
1.4. <i>Mindfulness</i> : Característiques generals i beneficis	30
1.4.1. Tractament des de l'orientació cognitivoconductual amb <i>mindfulness</i> integrat	32
1.5. Assajos clínics desenvolupats a l'atenció primària en format grupal	35

SEGONA PART. APLICACIÓ EMPÍRICA

2. Objectius i hipòtesis	41
2.1. Objectius	
2.1.1. Objectiu principal	41
2.1.2. Objectius específics	41
2.2. Hipòtesis	
2.2.1. Hipòtesis generals	42
2.2.2. Hipòtesis específiques	42
3. Mètode d'investigació	44
3.1. Tipus de disseny	44
3.2. Participants	44
3.2.1. Criteris de selecció	44
a. Criteris d'inclusió	45
b. Criteris d'exclusió	45

3.2.2.Mida de la mostra	46
3.3. Instruments	46
3.4. Procediment	51
3.4.1. Variables d'estudi	51
3.4.2. Tractament	54
3.4.3. Processament i anàlisi de dades	60
3.5. Aspectes ètics	60
4. Resultats	63
4.1. Introducció	63
4.2. Participants	63
4.3. Avaluació basal	64
4.3.1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra	64
4.3.2. Comparació de les escales dels dos grups a l'avaluació basal	66
4.4. Resultats de la mostra total	68
4.4.1. Pèrdues de la mostra	71
4.5. Avaluació de les escales intergrups	72
4.6. Avaluació de les escales dintre els grups	76
5. Discussió	82
5.1. Participants	82
5.2. L'avaluació basal i els resultats en tot el grup	84
5.3. Discussió dels resultats de les escales clíniques a l'avaluació i la comparació entre els grups	86
5.4. Discussió dels resultats de les escales clíniques a l'avaluació i la comparació intragrups	86
5.5. Discussió dels resultats de les competències adaptatives a l'avaluació i la comparació entre els grups	87
5.6. Discussió dels resultats de les competències adaptatives a l'avaluació i la comparació intragrups	89
6. Conclusions	92

6.1. Avaluació de l'efectivitat de la intervenció TCCEM	92
6.2. Limitacions de l'estudi	94
6.3. Prospectiva: línies de millora i propostes	95
7. Referències	98
8. Annexos	122

LLISTA DE TAULES I FIGURES

Taules

Taula 1. Assajos clínics de teràpia grupal en l'àmbit de l'atenció primària	36
Taula 2. Esquema dels instruments de mesura emprats per a l'avaluació pre i post	47
Taula 3. Variables dependents: Mesures de resultat principals i secundàries	53
Taula 4. Esquema del Tractament Cognitivoconductual (TCC)	54
Taula 5. Esquema del tractament combinant estratègies i tècniques cognitivo-conductuals amb estratègies emocionals (TCCEM)	57
Taula 6. Comparació de les variables sociodemogràfiques dels dos grups en l'avaluació basal	65
Taula 7. Comparació de la simptomatologia clínica dels grups en l'avaluació basal	66
Taula 8. Comparació de les competències adaptatives dels grups en l'avaluació basal	67
Taula 9. Resultats de les escales clíniques del grup total abans i després del tractament	69
Taula 10. Comparació de les competències adaptatives del grup total en l'avaluació basal i després del tractament	70
Taula 11. Anàlisi de la variància al model lineal de mesures repetides en les escales clíniques	72
Taula 12. Anàlisi de la variància al model lineal de mesures repetides en les escales de competències adaptatives	74
Taula 13. Comparació T de Student dels dos grups per separat en les escales clíniques	76
Taula 14. Comparació T de Student dels dos grups per separat en les escales de competències adaptatives	78

Figures

Figura 1. Diagrama de flux del procés d'assignació de pacients i les pèrdues mostrals durant el reclutament i l'estudi	64
Figura 2. Mitjana de les puntuacions pre-post intergrups en el STAI-R en els grups TCC i TCCEM	73
Figura 3. Mitjana de les puntuacions en el FFMQ a l'escala observar	75
Figura 4. Mitjana de les puntuacions en el FFMQ a l'escala actuar	75
Figura 5. Mitjanes de les puntuacions intragrup de les escales BDI-II, STAI-E i STAI-R	76
Figura 6. Mitjanes de les puntuacions intragrup de l'escala atenció d'intel·ligència emocional	79
Figura 7. Mitjanes de les puntuacions intragrup de les 4 subescales de <i>mindfulness</i> amb puntuacions significatives	80

INTRODUCCIÓ

Les línies següents tenen l'objectiu de descriure l'estructura, el contingut i la seqüència de la tesi que es presenta a continuació amb la finalitat de donar una idea general de la totalitat del projecte.

El contingut d'aquesta investigació es desenvolupa ordenadament seguint l'estructura típica dels articles científics, la qual es resumeix a continuació:

El **marc teòric** inclou una revisió sobre l'estat actual de la salut mental en atenció primària, la depressió, la intervenció psicològica en el tractament del trastorn depressiu i introducció al *mindfulness*, tot per aquest ordre. Tot seguit, hi trobem **objectius i hipòtesis** que fomenten la investigació; **mètode**, on s'explica el tipus de disseny, els participants i els instruments necessaris per a una avaluació sistematitzada, el procediment i les variables d'estudi; **resultats**, on es mostra el conjunt de taules amb les dades obtingudes; **discussió**, que té per objectiu valorar els resultats obtinguts i vincular-los al marc teòric, així com argumentar possibles limitacions que s'han trobat al llarg de l'estudi i perspectives de futur; **conclusions**, vinculades al compliment o no de les hipòtesis proposades a l'inici; **referències bibliogràfiques** i, per últim, **l'annex**, amb els resums, els documents de consentiment informat i la informació per als/per a les pacients.

PRIMERA PART: MARC TEÒRIC

1. Revisió de l'estat actual de la salut mental a l'atenció primària

1.1. Salut mental i benestar

1.2. La depressió

1.2.1. Característiques psicopatològiques i prevalença

1.2.2. Conseqüències a nivell socioeconòmic

1.3. Intervenció psicològica grupal de la depressió

1.3.1. Tractament grupal des de l'orientació cognitivoconductual

1.3.2. Intervenció psicològica grupal des de l'atenció primària

1.4. *Mindfulness*: Característiques generals i beneficis

1.4.1 Tractament des de l'orientació cognitivoconductual amb *mindfulness* integrat

1.5. Assajos clínics desenvolupats a l'atenció primària en format grupal

1. Revisió de l'estat actual de la salut mental a l'atenció primària

1.1. Salut mental i benestar

El benestar psicològic i emocional esdevé un element bàsic per a l'assoliment d'un òptim creixement personal i social; en definitiva, resulta essencial per a la consecució d'una correcta salut mental. Aquest benestar psicològic facilita que les persones desenvolupin correctament totes les seves potencialitats i les fa capaces d'afrontar l'estrès i les dificultats produïdes per les adversitats i problemes del dia a dia, la qual cosa afavoreix la seva salut i qualitat de vida general.

El principi bàsic que proposa el Pla d'acció sobre salut mental 2013-2020 de l'Organització mundial de la Salut (OMS, 2013) és que no pot haver-hi salut sense salut mental. Aquesta màxima posa en relleu la importància de la necessitat d'un bon benestar emocional i psicològic en les persones. La manca d'aquest benestar desemboca generalment en la presència d'inquietud emocional, la qual dificulta o impossibilita el desenvolupament d'una vida adaptativa i satisfactòria. La presència continuada i incontrolable de la por, la ira, l'angoixa o la tristesa s'associa a aquest malestar emocional, moment en el qual aquestes emocions perden el seu valor adaptatiu i es converteixen en obstacles que limiten la nostra vida.

La salut mental, doncs, esdevé un component integral i essencial per a la salut general, tal com esmenta la Constitució de l'OMS que defineix la salut com "un estadi de complet benestar físic, mental i social, i no tan sols d'absència d'afeccions o malalties" (OMS, 2001). Aquesta definició té una conseqüència important i és que considera la salut mental com un element més rellevant que la sola absència de trastorns o discapacitats mentals. Amb tot això, es posa de manifest la importància de la salut mental per al correcte desenvolupament de la persona.

Malauradament, avui en dia aquesta fita es veu truncada pels trastorns mentals, que alteren la consecució d'aquesta bona salut en aquesta àrea concreta. Segons les dades de l'OMS (2013), els trastorns mentals representen prop del 30% de la càrrega mundial de malalties no mortals. Les persones que els pateixen presenten unes taxes molt més elevades de discapacitat i mortalitat. La depressió, el trastorn més comú de l'estat d'ànim, pot conduir a una càrrega considerable de malalties (López & Mathers, 2006) i la mortalitat (Cuijpers & Schoevers, 2004; Reisinger Walker et al., 2015). Aquestes afeccions també influeixen sovint

en altres malalties físiques com poden ser el càncer, les malalties cardiovasculars o la infecció per VIH/Sida (OMS, 2013). Tanmateix, hi ha molts factors de risc associats a aquest tipus de trastorns, tals com el consum d'alcohol, l'estrès o un baix nivell socioeconòmic. Els trastorns depressius unipolars són la principal causa de càrrega de la malaltia als països de mitjana i alta riquesa i s'han predit que es convertiran en la principal causa mundial de càrrega de la malaltia el 2030 (OMS, 2009).

Es considera que als E.E.U.U. d'un 20 a un 25% de dones experimentarà depressió clínica en algun moment de la seva vida, mentre que en els homes aquest percentatge serà menys de la meitat, entre un 7 i un 12%. L'OMS havia previst per al 2020 que la depressió seria la segona malaltia a nivell mundial en nombre d'afectats. Es tracta, doncs, d'un quadre que provoca un dany a nivell funcional que es pot comparar amb les malalties mèdiques greus.

A Europa, les estimacions són més conservadores i assenyalen que cada any un 27% de la població adulta (edats compreses entre els 18 i els 65 anys) pateix algun tipus de trastorn mental, sent els més freqüents l'ansietat, la depressió i els trastorns relacionats amb el consum de substàncies (Wittchen, 2005).

Fixant-nos en les dades representatives de l'estat espanyol, una de cada cinc persones el presentarà al llarg de la seva vida, sent els trastorns d'ansietat i de l'estat d'ànim els tipus de trastorns de major prevalença dins aquest grup (Haro et al., 2006).

L'Estudi Epidemiològic Europeu sobre els trastorns mentals (ESEMeD, 2006) indica que a Espanya el 19,5% dels espanyols han presentat algun cop a la seva vida algun trastorn mental (prevalença-vida), sent aquesta xifra més alta en dones (22,9%) que en homes (15,7%). En canvi, en relació amb la prevalença-any, un 8,4% de la població ha patit un trastorn mental en els últims dotze mesos (5,2% homes i 11,4% dones). Aquest estudi permet identificar un grup de major risc (dona, jove, amb malaltia mental, comorbiditat psiquiàtrica i ideació suïcida recent) sobre el qual s'ha d'intensificar la prevenció del suïcidi en la nostra població. La identificació precoç i el tractament eficaç són fonamentals per garantir que aquestes persones rebin l'atenció que necessiten. Amb aquestes dades veiem que la relació entre la prevalença-any i la prevalença-vida pot considerar-se un indicador indirecte de la durada o cronicitat d'un trastorn.

Els trastorns mentals més freqüents en la població general són la depressió i els trastorns d'ansietat (Alonso et al., 2004a). Segons l'OMS (2016), actualment al voltant del 10% de la població mundial viu amb depressió o ansietat. Les seves dades indiquen que, entre el 1990 i el 2013, hi ha hagut un increment, prop del 50%, del nombre de persones que pateixen aquests trastorns al món, augment que ha passat de 416 a 615 milions.

L'ansietat no tractada i els trastorns de l'estat d'ànim poden continuar complicant la càrrega de símptomes, el compliment del tractament, i també la morbiditat i mortalitat (Sawchuk & Olatunji, 2011). Aquest tipus de trastorns provoca un sofriment mental substancial i pot conduir al desenvolupament d'episodis recurrents més severes, augmentar el risc de mortalitat precoç i, en el pitjor dels casos, conduir fins i tot al suïcidi (Nordstrom & Bodlund, 2008).

En concret, la depressió i l'ansietat són extremadament comunes en l'àmbit de l'atenció primària (Olfson, Kroenke, Wang, & Blanco, 2014; Wittchen et al., 2002) i els individus que sofreixen aquestes condicions presenten un factor de risc més elevat de patir malalties cròniques en comparació amb les persones que no pateixen cap trastorn de l'estat d'ànim o de l'esfera ansiosa (Katon, Lin, & Kroenke, 2007). Així mateix, aquestes persones també reben una atenció molt cara pel que fa a les despeses sanitàries (Moussavi et al., 2007; Roy-Byrne et al., 2008). En el cas dels trastorns de l'estat d'ànim, la depressió no només s'associa amb el patiment, la discapacitat i la salut alterada (Moussavi et al., 2007; Ormel et al., 2008), sinó també amb uns costos socials considerables (Cuijpers et al., 2007).

La prevalença d'aquests trastorns en l'atenció primària dins la sanitat pública és molt alta i és Espanya un dels països europeus amb més predomini (King et al., 2008). A Catalunya, l'estudi Diagnòstic i Avaluació de Salut Mental a l'Atenció Primària (DASMAP) assenyala que prop de la meitat dels pacients atesos en aquest àmbit ha patit un trastorn mental al llarg de la seva vida i gairebé un terç n'ha patit un a l'últim any (Serrano-Blanco et al., 2010).

Malgrat aquestes dades, l'estigmatització i la discriminació de la qual són víctimes els afectats per trastorns mentals i els seus familiars poden dissuadir molts cops els pacients a recórrer als serveis de salut mental (OMS, 2013). En particular, les diferències en la presentació clínica poden correspondre a diferents mecanismes fisiopatològics i respostes diferencials al tractament (Drysdale et al., 2017). De la mateixa manera, diferents tractaments poden tenir un impacte diferencial segons la dimensió dels símptomes (Uher et al., 2012). Atès que a les últimes etapes de la vida la depressió es caracteritza per una resposta subòptima als tractaments farmacològics i als resultats poc satisfactoris a la pràctica clínica del món real, existeix una necessitat urgent de millorar la comprensió actual de noves estratègies terapèutiques i també els canvis que influeixen en les característiques clíniques de la depressió.

1.2. La depressió

1.2.1. Característiques psicopatològiques i prevalença

La depressió, l'ansietat i l'estrès o els trastorns d'adaptació són trastorns psiquiàtrics comuns, amb una prevalença estimada que varia entre el 12 i el 32% del total de les consultes en la pràctica mèdica dins l'atenció primària a Europa (Nordstrom & Bodlund, 2008; Wang et al., 2017). Són malalties associades amb una pobra qualitat de vida, unes expectatives negatives davant d'aquesta i una reducció d'activitats en el funcionament social i laboral (Cuijpers & Smit, 2002; Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007).

Segons l'estudi *Global Burden of Disease* (GBD, 2010), els trastorns d'ansietat i depressió són les afeccions amb el major grau de discapacitat d'entre totes les malalties mentals, incloent-hi l'abús de substàncies (Whiteford et al., 2013). Els dos trastorns es presenten de forma comòrbida i moltes persones poden desenvolupar simptomatologia residual i no ser diagnosticades (Epstein et al., 2010; Kessler et al., 2015) o tractades (Jorm et al., 2013; Wang et al., 2007). Per tant, en la clínica de la depressió s'observa una alta comorbiditat amb el trastorn d'ansietat, que és ratificada també per estudis europeus: el 41,7% dels pacients amb trastorn d'estat d'ànim també presenta un trastorn d'ansietat o consum d'alcohol, mentre que un 28,3% de pacients que tenen trastorn d'ansietat també un dels dos diagnòstics esmentats (Alonso et al., 2004a). Dels dos trastorns, la depressió esdevé una major causa de discapacitat, ja que té una prevalença del 4,7% de la població mundial i contribueix al mateix temps a una important càrrega de la morbiditat.

Dins el context global, la depressió major s'ha convertit en la segona causa més freqüent de discapacitat induïda per malaltia (Ferrari et al., 2013; Gabilondo et al., 2010; Stegmann et al., 2010). Hi ha una gran variació en el curs del trastorn depressiu major ja que els símptomes depressius es produeixen en un grup molt heterogeni de pacients. Sovint, el trastorn té un curs crònic o amb recaiguda de símptomes persistents entre episodis. El risc de recaiguda és del 50%, 70%, i el 90% després del primer, segon i tercer episodi de depressió major, respectivament (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2011). Segons un estudi realitzat per Malhi i Mann (2018), gairebé el 80% dels pacients experimenta almenys un episodi depressiu major al llarg de la seva vida. A més, la depressió augmenta el risc de mortalitat precoç i és el trastorn mental més car a Europa, ja que representa un 1% de l'economia total europea (Mykletun et al., 2009; Sobocki, Angst, Jönsson, & Rehnberg, 2006).

La identificació de factors de risc modificables per a la depressió és un important objectiu d'investigació designat com un repte en la salut mental global (Collins et al., 2011; Hidaka, 2012). Atès que un nombre significatiu de pacients no respon satisfactòriament als tractaments antidepressius de primera línia (farmacològics o psicològics), aquesta és una àrea de recerca que mereix atenció continuada (Cooney et al., 2013; Walsh, 2011).

La presentació clínica d'aquest trastorn és molt variable, però dins el "nucli" de la seva simptomatologia hi ha un predomini afectiu (tristesa patològica, apatia, anhedonia, desesperança, decaïment, irritabilitat, sensació subjectiva de malestar i impotència davant les exigències de la vida) encara que, en major o menor grau, també estan presents símptomes de tipus cognitiu, volitiu i somàtic, de manera que es podria parlar d'una afectació global psíquica i física, fent especial èmfasi en l'esfera afectiva (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Així doncs, són freqüents la disminució de la capacitat de pensar, concentrar-se o prendre decisions, els pensaments negatius d'inutilitat o culpa, la reducció de l'interès per realitzar activitats i socialitzar-se i altres símptomes de caire somàtic com els canvis en la son i la gana.

Segons el manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals DSM-5 (*American Psychological Association*, 2013), aquesta simptomatologia produeix un malestar clínicament significatiu i un deteriorament en els àmbits social i laboral, així com en altres àrees de funcionament de la persona. En edat avançada, el diagnòstic i el tractament de la depressió pot resultar més complicat per característiques neurobiològiques i per la comorbiditat amb malalties físiques (Naismith et al., 2012).

Aquests factors tenen un profund impacte negatiu en les respostes als tractaments, les quals resulten menors entre els individus més joves (Alexopoulos, 2005), així com també en la seva presentació clínica, que inclou símptomes somàtics, apatia i alentiment psicomotor (Groeneweg-Koolhoven et al., 2017; Haigh, Bogucki, Sigmon, & Blazer, 2018; Hegeman, de Waal, Comijs, Kok, & van der Mast, 2015; Naismith, Norrie, Mowszowski, & Hickie, 2012).

Dins els trastorns de l'estat d'ànim, els trastorns específics que se'n deriven, el més freqüent és el trastorn depressiu major, amb un 3,9% de prevalença a l'any tant en població espanyola com europea (Alonso et al., 2004b). Aquest trastorn es caracteritza per un o més episodis depressius majors. La prevalença dels quadres de depressió major i altres quadres depressius clínicament rellevants en atenció primària és d'1,5 a 2 vegades superior que en els menors de 65 anys. Un de cada 10 pacients atesos pel metge de família presenta depressió i la majoria de pacients deprimits visiten regularment el seu metge, utilitzant amb més freqüència els serveis sanitaris (Llorente, 2006).

Així mateix, dins de l'esfera dels trastorns afectius, la depressió major s'ha convertit en la segona causa major de malaltia (Ferrari et al., 2013; Gabilondo et al., 2010; Stegmann et al., 2010).

Els criteris diagnòstics del trastorn depressiu major es compleixen, segons el DSM-5 (2013), quan hi ha cinc o més dels símptomes anomenats (estat d'ànim deprimit, pèrdua d'interès important per les activitats diàries, canvis en el patró de son i alimentació, sentiments de culpa, inutilitat, alentiment del pensament, així com l'aparició de pensaments de mort, entre d'altres) i que han estat presents en les darreres dues setmanes i mostren un canvi en el funcionament de la persona.

Un altre dels trastorns específics de l'estat d'ànim a nivell de població general és la distímia. És un trastorn crònic amb una prevalença d'un 3% dins la població. Segons diferents estudis es diagnostica en un terç dels pacients amb quadres psiquiàtrics relacionats amb l'estat d'ànim i és més comuna en dones de menys de 64 anys que en homes en qualsevol franja d'edat (Baena, Sandoval, Urbina, Helen, & Villaseñor, 2005). A més a més, també té una alta comorbiditat amb altres trastorns mentals, com són especialment el trastorn depressiu major, els trastorns d'ansietat i l'abús de substàncies.

En el pitjor dels casos, la depressió també pot conduir al suïcidi com a conseqüència extrema del seu transcurs. En la seva pràctica clínica, Beck (1967) va observar que el desig de mort era molt més freqüent en pacients amb depressió (74%) que en els pacients no diagnosticats amb depressió (12%). Cada any se suïciden al voltant de 800.000 persones. Aquest problema comporta una realitat inquietant, ja que aquestes dades indiquen que aproximadament, cada 40 segons, una persona mor a causa d'un suïcidi. Aquesta xifra posiciona el suïcidi com la segona causa de mort en el grup d'edat entre els 15 i els 29 anys (OMS, 2016). Hi ha indicis que, per cada persona adulta que es treu la vida de forma voluntària, n'hi ha més de 20 que en realitzen la temptativa (Gabilondo et al., 2010; Tejedor, Faus, Díaz, Pérez, & Sola, 2011). El suïcidi d'una persona marca i estigmatitza la seva família i les conseqüències es multipliquen quan succeeix en la infància o l'adolescència (Pitman et al., 2017).

A causa de tota aquesta simptomatologia, entenem que la depressió sigui una de les principals causes de discapacitat a tot el món i contribueix molt a la càrrega mundial de morbiditat. Aquests resultats manifesten la necessitat d'una intervenció i estratègies de prevenció. Malgrat tot, resulta una proporció baixa respecte al nombre d'afectats que consulten un professional (Segal, Williams, & Teasdale, 2017).

1.2.2. Conseqüències a nivell socioeconòmic

Com s'ha dit en apartats anteriors, aquestes malalties suposen una gran càrrega econòmica per a la societat, ja que s'afegeixen unes dificultats emocionals i socials a les persones que les pateixen i als seus familiars, la qual cosa comporta una pitjor qualitat de vida, que repercuteix en els seus àmbits laboral i econòmic. Així mateix, aquestes persones són més vulnerables al risc de desenvolupar malalties relacionades amb l'edat, com malalties cardiovasculars, càncer, diabetis o Pàrkinson (Gradus et al., 2015; Kyrou et al., 2017).

S'ha calculat que el 46% de les persones amb un trastorn mental té un problema físic de llarga durada (Naylor et al., 2012). Un estudi dut a terme per Rethink Mental Illness (2010) recull que, de mitjana, les persones amb una malaltia mental greu tenen una esperança de vida 20 anys inferior respecte a la població que no la té.

Com ja s'ha parlat en el punt anterior, a l'esfera dels trastorns afectius, la depressió major s'ha convertit en la segona causa major de malaltia (Ferrari et al., 2013; Gabilondo et al., 2010; Stegmann et al., 2010). Però a més a més de ser un dels problemes de salut més freqüents a tot el món, té conseqüències nefastes tant per als qui les pateixen, com per a les seves famílies i la societat en general (Alexopoulos, 2005). El seu curs generalment recurrent pot provocar que, sense un tractament continu, els individus amb depressió recurrent puguin tenir un alt risc de repetides recaigudes depressives al llarg de la seva vida, generalment d'un 50 a un 80% (Kupfer et al., 1992).

Aquest trastorn contribueix a l'augment dels costos socials a causa de la major utilització de l'assistència sanitària (Katon, Lin, Russo, & Unutzer, 2003), així com per l'absentisme laboral que comporta (Evans-Lacko et al., 2016).

A nivell europeu, l'any 2004 es va considerar que el cost anual de la depressió era de 118 mil milions d'euros, inclosos els costos directes de l'atenció ambulatoria (22.000 milions), els medicaments i l'hospitalització (9.000 milions i 10.000 milions respectivament) i els costos indirectes de morbiditat i mortalitat valorats en 76.000 milions d'euros. Per aquesta raó, la depressió va representar el 33% del cost total de la malaltia psiquiàtrica a Europa (Sobocki et al., 2006).

Altres estudis afirmen que el 2010 el cost total relacionat amb l'atenció dels trastorns de l'estat d'ànim, en què s'inclouen des dels costos d'atenció mèdica, despeses indirectes, costos derivats de l'atur, prestació per malaltia, pèrdua de productivitat i jubilació anticipada, va ser de 113,4 mil milions d'euros (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, & Jonsson, 2012).

Seguint dins el context europeu, a Anglaterra aproximadament 1 de cada 6 adults té un trastorn mental comú i les dificultats que sorgeixen d'aquest promig es considera que representen el 23% de la causa total de discapacitat, per sobre de malalties com el càncer o les malalties cardíques congènites.

Actualment, la majoria de les depressions es tracten en l'atenció primària i els antidepressius de manteniment són l'enfocament principal per a la prevenció de recaigudes o recidives. L'Institut Nacional d'Excel·lència en Salut i Atenció (NICE) del Regne Unit recomana que, per mantenir-se sans, les persones amb antecedents de depressió recurrent han de continuar amb els antidepressius de manteniment durant com a mínim 2 anys -NICE (2009).

No obstant això, les taxes d'adherència tendeixen a ser baixes: la protecció que ofereix el tractament amb antidepressius de manteniment només resulta eficaç mentre es realitzi la presa dels fàrmacs i tot i així els pacients amb més risc de recaigudes mostren menys protecció contra els antidepressius de manteniment que els pacients amb baix risc (Geddes et al., 2003). De la mateixa manera, aquesta alternativa està contraindicada per a alguns grups i molts altres pacients expressen la seva preferència per les intervencions psicosocials que brinden protecció a llarg termini contra la recaiguda o recurrència.

La despesa sanitària que comporten aquests trastorns és molt elevada i es preveu un augment considerable en els pròxims anys. En un estudi en el nostre país, el trastorn depressiu major estava en quarta posició entre els trastorns que generaven més despesa sanitària a l'atenció primària (Sicras-Marinar, 2002) i, segons l'OMS, es pronostica que esdevindrà la segona causa de discapacitat en el món (Cano-Videl, 2011). L'elevat import econòmic que representa en l'àmbit sanitari l'increment de fàrmacs i l'assistència directa solament suposa el 29% del total que implica la depressió a Espanya, ja que el 71% restant és degut a costos indirectes, com la pèrdua de productivitat, discapacitat, etc. (Valladares, Dilla, & Sacristán, 2008).

Les guies clíniques de tractament proposen l'atenció d'aquests dos trastorns inicialment en l'atenció primària, tant per a la depressió (NICE, 2010) com per als trastorns d'ansietat (NICE, 2011) i la seva remissió a serveis de salut mental especialitzats tan sols es realitza en cas de falta de millora o de la intensitat del quadre clínic que presenta el pacient. Tot i aquestes recomanacions, el sistema públic sanitari presenta importants deficiències en l'atenció a aquests trastorns, la qual cosa comporta greus conseqüències tant a nivell econòmic com a nivell psicològic i social (Cano-Vindel, 2011). Amb l'única intervenció del tractament farmacològic, és probable que aquests trastorns es cronifiquin si persisteixen condicions biopsicosocials negatives (Kressler et al, 2011).

En el marc teòric contemporani, per a la conceptualització del tractament integrat a la primària, l'enfocament assistencial se centra en l'alineació biomèdica, psicològica i social (influències psicològiques i socials) de la salut (Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). Això passa a diversos nivells, que van des de sistemes (macro), tant organitzatius com professionals, fins a pacients individuals (micro). En conseqüència, l'atenció integrada va destinada tant a la població en general com a la persona en particular. En aquest marc, les condicions de salut mental són un tema altament rellevant (Valentijn et al., 2013).

Així doncs, els usuaris que pateixen algun tipus de trastorn mental també reclamen una atenció molt més elevada i cara pel que fa a la despesa sanitària (Katon et al., 2007; Moussavi et al., 2007; Roy-Byrne et al., 2008). Quant a la despesa econòmica, les consideracions de l'OMS pronostiquen que els costos directes i indirectes associats als trastorns més freqüents (depressió i ansietat) es multiplicaran per 2,4 entre 2010 i 2030 (Bloom et al., 2011).

A Espanya, una de les despeses més importants en salut mental són els tractaments realitzats amb psicofàrmacs. Aquests desembossaments han arribat a quasi els 640 milions d'euros l'any 2013 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2015). En aquest col·lectiu de fàrmacs, s'han trobat al capdavant els antidepressius, els quals suposen un 4,7% de la despesa farmacèutica de tot el país i el valor més alt en el conjunt de països de l'OCDE.

En el sistema de sanitat pública catalana, els principals responsables de la detecció, derivació i tractament de gran part dels pacients amb trastorns de l'esfera emocional i ansiosa són els metges d'atenció primària. Tot i així, les dades de l'estudi DASMAP indiquen que la durada reduïda de la consulta per a cada pacient podria ser la causa o, si més no un afegit transcendent, de la baixa taxa de detecció i derivació adequada dels trastorns d'ansietat i depressió (Fernández et al., 2010; Fernández et al., 2012).

L'escassetat de psicòlegs de la salut en el sistema sanitari públic, tant a les àrees d'atenció primària com a l'atenció especialitzada, pot ser un factor molt important en l'explicació de l'elevat consum de fàrmacs psicotròpics per part de la població espanyola i catalana (Codony et al., 2007; Rubio-Valera et al., 2012). En el cas de les benzodiazepines, Espanya està al capdavant en consum respecte a altres països europeus o als EUA (Khong et al., 2012).

En aquest marc, les condicions de salut mental són un tema molt rellevant. En particular, l'ansietat i la depressió són extremadament comunes en l'àmbit de l'atenció primària i les persones amb aquestes afeccions tenen taxes més altes de factors de risc de malalties cròniques que les persones sense ansietat o trastorns de l'estat d'ànim, així com fan despeses en l'atenció

de salut desproporcionadament altes (Katon et al., 2007; Moussavi et al., 2007; Roy-Byrne et al., 2008). L'ansietat no tractada i els trastorns de l'estat d'ànim com la depressió poden complicar encara més la càrrega dels símptomes, el compliment del tractament i la morbiditat i mortalitat de la malaltia (Sawchuk & Olatunji, 2011).

Tal com queda palès en el que s'ha comentat fins ara, la depressió, el trastorn del qual tracta la Tesi, la seva prevalença, especialment en dones, la seva repercussió en el funcionament biopsicosocial i la necessitat del seu tractament en l'àmbit de la salut pública, fins i tot intentant millorar-ne els tractaments avalats científicament, és un repte. També es fa evident en la bibliografia consultada la necessitat d'increment de psicòlegs a l'àmbit de l'atenció primària.

A partir d'ara, s'analitzaran els diversos temes vinculats directament amb la Tesi i que s'han anat anomenant al llarg del marc teòric. Així doncs, ens centrarem en els estudis basats en l'evidència sobre el tractament de la depressió en format grupal, focalitzant-nos en les intervencions realitzades des de l'orientació cognitivoconductual, per passar posteriorment a alguns dels tractaments realitzats a l'àmbit de l'atenció primària a la xarxa pública. Posteriorment, estudiarem alguns dels tractaments basats en el *mindfulness* i la seva integració en tractaments cognitivoconductuals. Per finalitzar, es realitzarà una anàlisi exhaustiva tan sols dels assajos clínics de les intervencions grupals realitzats a l'àmbit de l'atenció primària.

1.3 Intervenció psicològica grupal de la depressió

Actualment, els tractaments per a la depressió i l'ansietat inclouen un reguitzell de medicaments farmacèutics (antidepressius, ansiolítics, etc.), teràpia electroconvulsiva, teràpies psicològiques, intervencions complementàries i d'estil de vida i combinacions d'aquests diferents tractaments (Balon, 2004; Jorm et al., 2013).

Les teràpies psicològiques han demostrat ésser igualment eficaces que el tractament amb medicació antidepressiva (Cuijpers, van Straten, van Oppen, & Andersson, 2008) i una metaanàlisi de 34 estudis mostra una consistent preferència del psicòleg per la medicació al pacient (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013).

Alguns estudis suggereixen que modificar els factors de l'estil de vida pot ser útil en la depressió, almenys com a tractament complementari (Lopresti, Hood & Drummond, 2013; Sarris, O'Neil, Coulson, Schweitzer, & Berk, 2014; Walsh, 2011). Per tant, la influència de la dieta (Jacka et al., 2011; Kiecolt-Glaser, Jaremka, & Hughes, 2014; Quirk et al., 2013; Sánchez-Villegas et al., 2012), l'exercici físic (Azevedo Da Silva et al., 2012; Conn, 2010; Daley, 2008;

Song, Lee, Baek, & Miller, 2012), la higiene de la son (Baglioni et al., 2011; Hayley et al., 2015; Manber et al., 2008) i l'exposició a la llum (Even, Schröder, Friedman, & Rouillon, 2008; Leppämäki, Haukka, Lönnqvist, & Partonen, 2004; Milaneschi et al., 2014), entre altres, són a tenir en compte en el curs de la depressió, encara que s'han investigat de forma independent i no s'ha arribat a conclusions definitives (De Moor, Boomsma, Stubbe, Willemsen, & de Geus, 2008; Sarris et al., 2014).

1.3.1 Intervenció psicològica grupal des de l'orientació cognitivoconductual

Els tractaments psicològics són una opció terapèutica important per a les persones amb depressió. El tractament psicològic més estudiat en el tractament de la depressió és la Teràpia Cognitivoconductual (National Collaborating Center for Mental Health (NCCMH), 2010), que ha demostrat ser clínicament efectiva tant en el tractament, com en el manteniment del progrés de la malaltia i també en la prevenció de les recaigudes, pel que fa a la depressió i a l'ansietat (Hersen & Sturmey, 2012; Hollon & Ponniah, 2000). A més a més, el model terapèutic cognitivoconductual (TCC) té la millor base de proves per a l'eficàcia (NICE, 2018), però tot i així no resulta ser eficaç per a tothom.

La TCC individual constitueix el format estàndard d'or, però el tractament també es pot fer com a teràpia de grup o com a autoajuda guiada, per exemple a través d'Internet (Hedman, Ljótsson, & Lindfors, 2012) o com a biblioteràpia (Cuijpers, 1997). No obstant això, tot i que la taxa de recuperació dels pacients que completen un tractament TCC se situa entre el 51% i el 65%, segons els criteris emprats per avaluar la recuperació clínica (Castonguay et al., 2004), l'índex de recaigudes és elevat.

El model de Teràpia Cognitiva per a la depressió (Beck, 2012) és probablement l'aproximació més coneguda al seu tractament. Tot i que no és l'únic model que posa èmfasi en els aspectes cognitius i en els elements causals de la depressió, sens dubte és un dels que més investigació i suport empíric ha obtingut (Sanz & Vázquez, 1995).

Les metanàlisis han proporcionat proves preliminars, les quals indiquen que la TCC per a la depressió pot ser eficaç en el context de l'atenció primària, però hi ha un ràpid desenvolupament d'aquest camp de recerca i algunes qüestions clau per a la implementació en l'atenció primària continuen sense estar resoltes (Cuijpers, van Straten, van Schaik, & Andersson, 2009; Linde et al., 2015; Twomey et al., 2015). Per exemple, no s'han investigat efectes a llarg termini, l'eficàcia relativa dels formats de lliurament és força desconeguda (Linde et al., 2015), els moderadors potencials de l'efecte del tractament així com el nombre

de sessions i les qualificacions del terapeuta no s'han estudiat específicament per a la TCC i no està clar si aquesta és adequada per a pacients d'atenció primària que tenen símptomes depressius, però que no compleixen els criteris diagnòstics complets per a la depressió.

És probable que l'increment dels coneixements en aquestes àrees faciliti l'aplicació del tractament en l'atenció primària i la integració amb l'atenció psiquiàtrica d'aquest gran grup de pacients (Santoft et al., 2019).

A Suècia, la TCC s'utilitza com un dels tractaments estàndard per als pacients en atenció primària de la salut, tot i que també recomanen altres tipus de teràpies, com la teràpia interpersonal (TPI) i la psicodinàmica (Sundquist et al., 2017). No obstant això, els pacients que cerquen psicoteràpies individuals poden haver d'esperar per beneficiar-se del tractament ja que la disponibilitat és limitada. En canvi, un enfocament major en la teràpia de grup podria ajudar a estalviar recursos i augmentar l'accés a la psicoteràpia.

Una metanàlisi de 23 estudis de teràpia grupal per a la depressió va descobrir que la TCC grupal comportava guanys significatius en el tractament que es van mantenir al llarg del temps i que els beneficis de la TCC grupal van ser superiors als de l'atenció habitual individual (Huntley, Araya, & Salisury, 2012). De manera semblant, un grup de vuit sessions de TCC per a trastorns de somatització va produir millores a llarg termini en l'ansietat i la depressió en un seguiment de 18 mesos (Lidbeck, 2003). Una avaluació d'un grup de 10 sessions de TCC per a la baixa autoestima va indicar una millora significativa en l'autoestima i reducció de l'ansietat i la depressió, amb guanys sostinguts 6 mesos després del tractament (Pack & Condren, 2014).

També es van investigar els efectes a llarg termini de la TCC en pacients d'atenció primària deprimits en comparació amb l'activació conductual mitjançant dades de seguiment de 12 mesos. En aquest context, es va trobar que l'activació del comportament no era inferior a la TCC per a la depressió (Richards et al., 2016).

A més, un estudi que comparava la TCC individual i grupal a l'atenció primària amb un grup de control de llista d'espera per a pacients amb trastorn de pànic i agorafòbia, va concloure que tots dos formats de la TCC eren relativament equivalents i estaven associats amb guanys clínicament significatius en comparació amb el grup control (Sharp, Power, & Swanson, 2004).

En una recent metanàlisi d'assajos controlats aleatoris de TCC per a pacients d'atenció primària amb depressió, s'arriba a la conclusió que la TCC sembla eficaç per a aquests pacients i recomana que, als qui tenen depressió de lleu a moderada, se'ls ofereixi la TCC en aquest àmbit.

No obstant això, hi ha buits en el coneixement actual sobre la TCC en el context de l'atenció primària, especialment pel que fa als efectes a llarg termini i l'eficàcia de formats de

lliurament específics. Aquest és un obstacle per a la integració de l'atenció primària i la psiquiatria especialitzada.

1.3.2 Intervenció psicològica grupal des de l'atenció primària

L'atenció primària es troba a la primera línia del sistema de prestació de serveis de salut, i s'encarrega de gestionar la promoció de la salut, l'atenció preventiva, l'educació, les necessitats agudes i cròniques d'atenció i el manteniment de la salut per a una població de pacients (*American Academy of Family Physicians (AAFP)*, 2015). Valentijn et al. (2013) van concloure que les dimensions de la cura van des dels sistemes (macro), a nivell d'organitzacions i professionals (meso), fins als pacients (micro). En conseqüència, l'atenció integrada se centra tant en la població en general com en la persona en particular.

Nombrosos estudis mostren l'elevada prevalença dels trastorns mentals en atenció primària: Un 19,5% de pacients atesos en aquest nivell tenen depressió (Mitchell, Vaze, & Rao, 2009); un 35,8%, trastorns de l'estat de l'ànim i un 25,6%, trastorns d'ansietat (Roca et al. 2009). En estudis amb població espanyola es manifesta l'elevada proporció de pacients amb trastorn mental que van molt sovint tant a les consultes d'atenció primària com als serveis especialitzats (Alonso et al., 2004b). No obstant això, la majoria dels pacients amb trastorns de l'ànim es troba a l'atenció primària (ESEMEDMHEDEA 2000 investigators, 2004).

En un altre estudi (Williams et al., 2013) es va associar un llibre guia d'autoajuda TCC amb un percentatge significativament més alt de pacients d'atenció primària deprimits que aconseguen una reducció de, com a mínim, un 50% en la puntuació del Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) en un seguiment d'un any respecte al tractament com a habitual (TAU).

La investigació suggereix que l'atenció integrada millora la qualitat de l'experiència del pacient, el cost-efectivitat i l'eficiència del procés (Peek, Cohen, & de Gruy, 2014), així com la satisfacció del metge i la reducció de l'estrès percebut en la seva tasca (Miller-Matero et al., 2016; Torrence et al., 2014). Tanmateix, com que la psicologia a l'atenció primària és una àrea emergent (Fisher & Dickinson, 2014), cal continuar avaluant l'efectivitat i l'eficiència dels costos de l'atenció primària dels serveis de salut. La necessitat de la psicoteràpia en l'atenció primària de salut augmenta, però a nivell individual el tractament és costós (Sundquist et al., 2017).

Hi ha uns quants estudis que presenten dades sobre els efectes a llarg termini de les intervencions psicoterapèutiques amb pacients d'atenció primària. Així, a l'ACC CoBaIT (Wiles et al., 2016), es tractava els pacients adults d'atenció primària amb depressió greu amb antidepressius durant almenys sis setmanes; però aquest estudi va revelar que la teràpia cognitivoconductual (TCC) com a complement del tractament habitual (incloent-hi l'aplicació d'antidepressius) va ser alhora efectiva clínicament i efectiva en costos durant 46 mesos per als pacients deprimits greus que no van respondre a la farmacoteràpia.

Encara que l'atenció primària resulta el recurs més habitual per al tractament de la salut mental (McDaniel & de Gruy, 2014), encara existeixen tractaments d'alta qualitat amb considerables barreres per accedir-hi des d'aquests dispositius.

En el tractament de la depressió, el context de l'atenció primària ofereix avantatges – per exemple, en termes de llinar baix per a la recerca d'atenció sanitària, amb el desig d'una perspectiva de vida saludable– i reptes, per exemple pel que fa a la bretxa en la competència en salut mental i en la integració amb serveis d'atenció especialitzada.

Hi ha estudis que proposen algunes formes de meditació, com, per exemple, l'entrenament de meditació en atenció plena o *mindfulness*, pels seus beneficis a nivell biològic, de manera que redueixen l'estrès cognitiu i augmenten els estats positius de la ment (Epel et al., 2009).

Les teràpies basades en l'atenció plena poden ser adequades en les sessions grupals per a pacients amb trastorns psiquiàtrics, però aquests tipus de teràpies han d'avaluar-se abans de poder-se recomanar dins l'àmbit de la salut primària.

Per altra banda, hi ha estudis que indiquen que els pacients amb depressió i ansietat presenten dificultat en la reparació de les seves emocions i les seves experiències internes, amb la qual cosa els seus símptomes estan associats a emocions més intenses, baixa capacitat de comprensió d'aquestes emocions, reacció negativa davant les pròpies emocions i dificultats en la seva gestió (Menin et al., 2005). Per tant, seria també important tenir en compte el component emocional dins un tractament de la depressió.

1. 4 *Mindfulness*: Característiques generals i beneficis

El *mindfulness*, també conegut com a “atenció o consciència plena”, s’ha definit com l’estat que implica la consciència, la qual emergeix al parar atenció, de forma intencionada, en el moment present i sense judici (Kabat-Zinn, 2012). És a dir, *mindfulness* és consciència, que es cultiva de manera sostinguda i particular: de manera intencional, en el moment present i amb una actitud no crítica (Kabat-Zinn, 2012).

Per tant, entenem aquest concepte com un estat que ofereix les condicions idònies perquè l’observació de la pròpia experiència esdevingui terapèutica per a la persona, atès que para atenció a l’esdeveniment present, no compara l’estat actual amb l’idealitzat, contempla sense jutjar i accepta aquella experiència o la seva “no permanència” (Watkins & Teasdale, 2004). Concloem, doncs, que, per arribar a consolidar un grau adequat d’aprenentatge d’aquesta capacitat, cal un entrenament en aquest tipus de metacognició.

Històricament el *mindfulness* està vinculat al Budisme que neix 2.500 anys enrere aproximadament. Però a l’actualitat aquest concepte s’ha després de les seves referències religioses i esdevé una habilitat, des del punt de vista de la psicologia. Aquesta habilitat no consisteix no sols en una reparació de l’atenció per mantenir-la centrada en l’experiència immediata, sinó també en una actitud d’obertura, curiositat i acceptació de l’experiència, independentment que aquesta resulti positiva o negativa (Bishop et al., 2004).

A les últimes dècades, hi ha estudis que han emfasitzat els beneficis, per a la salut mental, del desenvolupament de l’atenció plena en el dia a dia (Baer et al., 2008; Brown & Ryan, 2003; Carlson & Brown, 2005; Tang, Hölzel & Posner, 2015). Aquestes troballes han alimentat l’interès de la psicologia occidental per seguir estudiant la naturalesa d’aquest constructe i per incorporar diverses tècniques i mètodes que desenvolupen l’atenció plena a les seves intervencions clíniques (Baer et al., 2006; Vallejo, 2006).

En un estudi sobre les intervencions psicològiques basades en el *mindfulness* i els seus beneficis es va concloure que aquest tipus d’intervencions són eficaces en un ampli grup de problemes tant mentals com físics. Per això, un dels aspectes més rellevants a destacar d’aquesta tècnica és el seu ampli àmbit d’aplicació. Aquesta versatilitat fa que sigui especialment útil en contextos d’atenció primària, en què són freqüents els pacients amb simptomatologia depressiva i ansiosa, així com també altres amb símptomes somàtics o de dolor (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016).

El conjunt de teràpies que incorporen aquesta habilitat es classifiquen dins el marc teòric de les anomenades teràpies de tercera generació (Pérez Álvarez, 2006). Aquesta branca

comprèn una sèrie de teràpies que van començar a ser notables a principis de la dècada del 1990, encara que havien sorgit a l'anterior.

Les primeres que van tenir "nom propi" van ser la Teràpia d'Acceptació i Compromís (Hayes, McCurry, Afari, & Wilson, 1991), la Psicoteràpia Analítica Funcional (Kohlenberg, Hayes, & Tsai, 1993) i la Teràpia Dialècticoconductual (Linehan, 1993). Aquestes teràpies ja van ser reconegudes en els seus començaments com a psicoteràpies conductistes radicals (Kohlenberg et al., 1993; Pérez Álvarez, 1996). Així mateix, van començar a establir el punt de vista contextual de la teràpia de conducta davant del punt de vista cognitiu (Hayes et al., 1995; Pérez Álvarez, 1996).

Altres teràpies que han aparegut en aquesta generació són la Teràpia Cognitiva basada en la Consciència Plena (Segal, Teasdale, & Williams, 2004) i variants de la teràpia cognitivo-conductual que han evolucionat en la direcció de l'acceptació i els valors (Borkovec & Sharpless, 2004; Marlatt, 2002; McCullough, 2000; Roemer & Orsillo, 2002). Totes aquestes teràpies constitueixen bona part de l'Anàlisi de la Conducta Clínica (Dougher & Hayes, 2000), que ara queda establerta com el marc de la tercera generació. Aquestes intervencions conceptualitzen l'atenció plena com un conjunt d'habilitats que poden ésser apreses i practicades amb l'objectiu de reduir els símptomes psicològics i millorar la salut i el benestar dels pacients (Baer et al., 2006). Específicament, hi ha investigacions que han demostrat que les intervencions basades en l'atenció plena aconseguen una disminució de la rumiació (Chambers, Lo, & Allen, 2008) i una reducció de la reactivitat (Cahn & Polich, 2009), dels símptomes depressius i de l'ansietat (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010).

D'aquesta manera, és comprensible que s'apliqui la pràctica d'aquest tipus de meditació com a eina per fomentar el benestar i combatre l'estrès diari. A més, un estudi mèdic sobre la influència del *mindfulness* en l'activitat telomèrica en una mostra de dones amb càncer informa que pràctiques com l'atenció plena estan associades a un augment de l'activitat de la telomerasa i els telòmers, els quals són marcadors coneguts d'envelliment cel·lular, estrès psicològic i risc de malaltia (Carson et al., 2015).

Tot i que a Espanya la introducció del *mindfulness* a la psicoteràpia sigui un procés relativament recent, aquesta pràctica clínica té lloc des d'abans de finals del segle XX, de la mà de Jon Kabat-Zinn i la creació del programa MBSR per a la reducció de l'estrès, el qual s'utilitza a nombrosos hospitals d'Estats Units i altres països arreu del món. Així doncs, la pràctica del *mindfulness* ha estat incorporada a tots els models de tractament terapèutic i psicològic, fent-la servir com a principal o com a complementària per reforçar-ne els beneficis terapèutics (Miró & Simón., 2012).

1.4.1. Tractament des de l'orientació cognitivoconductual amb *mindfulness* integrat

En els tractaments psicològics emprats en la pràctica clínica s'utilitza cada cop més, en major o menor mesura, el *mindfulness*. Així ho demostren les nombroses publicacions recollides en els darrers anys (Frostadottir & Dorje, 2019; Hervás, Cebolla & Soler, 2016; Segal, Williams & Teasdale, 2017). Entre els diferents protocols en què es parla de la utilització d'aquesta pràctica destaca com a més important, per la seva repercussió científica, la Teràpia Cognitiva basada en l'Atenció Plena, coneguda com la MBCT o TCAP, en l'acrònim espanyol (Cebolla, 2007; Segal, Williams & Teasdale, 2002). Aquest model d'intervenció esdevé una integració del model de Teràpia Cognitiva de Beck en el programa de reducció d'estrès basat en l'Atenció plena de Kabat-Zinn (MBSR). La MBSR es basa en tècniques uniformes i instruccions ben establertes, fent així més fàcil el manteniment dels seus beneficis a llarg termini (Marchand, 2012; Yagüe et al., 2016).

La MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2002) es va crear amb la finalitat de reduir les recaigudes en la depressió de manera que actués sobre aquest trastorn canviant la relació que la persona té amb els seus pensaments negatius, sensacions i emocions (Metcalf & Dimidjian, 2014). Existeixen evidències de múltiples assajos controlats que demostren l'eficàcia de la MBCT per a la prevenció de les recaigudes depressives recurrents (Tickell et al., 2019). Crane & Williams (2010) van descobrir que els pacients que presentaven majors dificultats per vincular-se amb el *mindfulness* són els que presenten alts nivells de reactivitat cognitiva, rumiació depressiva i melangia. Tanmateix, són els que més es poden beneficiar d'aquest tipus de teràpia si aconseguen aprendre a meditar.

La MBCT és una intervenció grupal manualitzada de vuit setmanes basada en el programa MBSR de Kabat-Zinn (2011). A diferència de la MBSR, la MBCT està formada per un model cognitiu de recaiguda depressiva i es va desenvolupar per ajudar les persones amb depressió recurrent a aprendre habilitats que eviten la recaiguda depressiva. Al llarg d'aquestes vuit setmanes que dura el tractament, la MBCT s'ha de fer normalment en grups de 8 a 15 participants i consistirà en reunions setmanals de dues hores i quatre sessions de seguiment durant els 12 mesos posteriors al final del tractament. En el cas de les persones amb depressió que treballin la TCC individual per a la prevenció de recaigudes, la durada del tractament ha de ser aproximadament de 16 a 20 sessions durant 3 o 4 mesos (NICE, 2018). Al Regne Unit, l'Institut Nacional per a l'Excel·lència Clínica recomana MBCT per a la prevenció de recaigudes en la depressió crònica (NICE, 2011).

Un curs de vuit setmanes emfasitza una manera de resposta oberta i d'acceptació conjuntament amb l'ús de la respiració com a focus d'atenció. L'enfocament en la respiració no consisteix a ensenyar als pacients com controlar la seva pròpia respiració (com en la rehabilitació pulmonar), sinó que es tracta de fomentar una actitud d'amistat per la respiració sense cap intenció de canviar-la o alterar-la, permetent que la dificultat sigui tal com és. L'enfocament de l'atenció plena planteja que "percebre la dificultat" i "permetre-la" és el que realment possibilita als pacients trobar la seva dificultat menys debilitant i aclaparadora (Crane, 2009).

Diversos assajos clínics han mostrat l'evidència empírica que la MBCT redueix el risc de recaiguda en la depressió quan s'afegeix a l'atenció habitual, demostrant eficàcia comparable a la medicació antidepressiva de manteniment (Kuyken et al., 2016). Altres estudis que comparen la MBCT amb altres intervencions psicològiques, com la TCC o la Teràpia Cognitiva (TC), han suggerit una eficàcia comparable, malgrat que no és superior, per a la prevenció de les recaigudes (Farb et al., 2018; Manicavasgar et al., 2011; Meadows et al., 2014; Shallcross et al., 2015) durant el període de seguiment de fins a 26 mesos (Shallcross et al., 2018).

Com a tal, la MBCT s'inclou en les guies clíniques com una opció recomanada per a la prevenció de recaigudes a diferents països, inclosos el Regne Unit, els Països Baixos, el Canadà, Austràlia i Nova Zelanda (Malhi et al., 2015; NICE, 2009; Parikh et al., 2016) i li ha donat suport l'American Psychiatric Association (Lu, 2015).

D'acord amb aquestes recomanacions, molts serveis de salut estan estudiant incloure la MBCT en contextos sanitaris com una via d'atenció més de les persones amb depressió recurrent (Tickell et al., 2019). Tanmateix, els serveis de salut mental s'encarreguen normalment d'atendre les necessitats dels pacients que estan experimentant dificultats agudes, mentre que la MBCT es va desenvolupar per a aquells en qui ha remès la depressió però que estan en risc d'una recaiguda depressiva o una reaparició dels símptomes. Això ha suposat una barrera per a la implementació de la MBCT en la seva forma original, ja que és menys probable que les persones en remissió accedeixin als serveis de salut que les persones que estan experimentant problemes actuals (Tickell et al., 2019).

Alguns serveis han respost adaptant la MBCT als seus models de prestació de serveis (Crane & Kuyken, 2013; Rycroft-Malone et al., 2017). Per exemple, hi ha hagut un moviment per ampliar l'abast de MBCT a fi d'incloure persones que experimenten depressió actual

(Strauss et al., 2014). En el moment de dur-ho a terme, hi va haver inicialment opinions sobre si la MBCT pot no ser apropiada per a aquest grup, perquè la pràctica de *mindfulness* involucra processos que podrien ser difícils per a aquells que estan experimentant un episodi depressiu agut (per exemple, les dificultats en l'atenció sostinguda, la consciència dels sentiments desagradables, etc. (Strauss et al., 2014)). No obstant això, les metanàlisis han demostrat l'eficàcia de la MBCT per reduir els símptomes depressius en pacients amb depressió actual (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Així doncs, la MBCT ha demostrat que pot funcionar tan bé com altres psicoteràpies fonamentades en l'evidència, per exemple tractaments com la TCC grupal (Goldberg et al.2018; Strauss et al. 2014). Els seus efectes es mantenen durant el seguiment i són sòlids, per la qual cosa la MBCT es mostra com una prometedora alternativa psicològica (Goldberg et al. 2018).

La TCC és una psicoteràpia empírica que s'ha investigat extensament des de fa diverses dècades (per a la seva revisió, vegeu Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006); però les psicoteràpies fonamentades en l'atenció plena, com la teràpia cognitiva basada en l'atenció plena (MBCT) i la teràpia de reducció de l'estrès basada en l'atenció plena (MBSR), a l'actualitat també tenen una base d'evidència important per a un ampli grup de problemes clínics que apareixen a l'atenció primària (Lang, 2013; Ray- Sannerud et al., 2012; Sundquist et al., 2015).

Les teràpies basades en l'atenció plena, com la teràpia de reducció de l'estrès basada en l'atenció plena (MBSR) i la teràpia cognitiva basada en l'atenció plena (MBCT,) s'han utilitzat cada cop més durant l'última dècada (Chiesa & Serreti, 2011; Kuyken et al., 2010). Després d'una introducció a aquesta teràpia, els pacients poden portar-la a terme ells mateixos per a la prevenció de recaigudes.

Una metanàlisi de 2012, feta en 19 estudis d'atenció plena i acceptació, va demostrar que hi havia una reducció substancial dels símptomes depressius i ansiosos després del tractament (Vollestad et al., 2012). Una altra metanàlisi (Kuyken et al., 2016) va concloure que la MBCT resulta ser un tractament efectiu en la prevenció de recaigudes en les persones amb episodis recurrents de depressió.

En un altre estudi dut a terme al Canadà (Segal et al., 2010), es veu que les taxes de recaiguda en pacients amb depressió, observades durant 18 mesos de seguiment, no van diferir entre els que van rebre tractament de MBCT (28%) i els que van rebre antidepressius (27%).

Segons la revisió sistemàtica realitzada per Metcalf i Dimidjian (2014), s'observa que, quan la MBCT es compara amb el TAU (tractament habitual) o amb grups de psicoeducació, existeix una reducció de la recaiguda de la depressió durant el primer any. A l'assaig aleatoritzat d'Eisendrath et al, (2016), en el qual es compara la MBCT amb el TAU, es va concloure que el grup experimental reduïa significativament la severitat de la depressió i millorava la resposta al tractament abans de finalitzar la intervenció.

Aquest tipus de teràpia ha demostrat que no tan sols és eficaç per fer front a les recaigudes de la depressió, sinó que també té viabilitat per reduir els símptomes de la depressió i l'estrès (Cebolla, 2007).

La investigació prèvia sobre TCC i les teràpies grupals basades en l'atenció plena en l'atenció primària generalment ha donat suport a la seva viabilitat, acceptabilitat i efectivitat (Sundquist et al., 2015).

1.5 Assajos clínics desenvolupats a l'atenció primària en format grupal

La investigació prèvia sobre la TCC, conjuntament amb les teràpies grupals basades en l'atenció plena a l'atenció primària, han rebut generalment suport per la seva viabilitat, acceptabilitat i efectivitat (Cebolla & Miró, 2006, 2008; Craner, Sawchuck, & Smyth, 2016; Kuyken et al., 2016).

Els tractaments s'han adaptat per oferir-los als grups, la qual cosa augmenta l'accés a intervencions rendibles per a un major volum de pacients d'atenció primària (Peek et al., 2014). Les psicoteràpies destinades al grup també poden aportar beneficis addicionals que no estan disponibles en formats individuals, com el suport social, el modelatge i la retroalimentació entre semblants (Cramer, Salisbury, Conrad, Eldred, & Araya, 2011).

A Suècia es va realitzar un assaig clínic amb pacients amb depressió, ansietat i trastorns relacionats amb l'estrès en 16 centres de la salut en l'àrea d'atenció primària. Aquests pacients van ser triats a l'atzar en un grup de control (teràpia basada en el tractament cognitivoconductual (TCC)) o en un grup d'intervenció (teràpia basada en l'atenció plena). Es va demostrar que, després de 8 setmanes de tractament, la teràpia de grup basada en l'atenció plena va ser tan efectiva com la TCC en l'alleujament dels símptomes de salut mental en pacients d'atenció primària amb depressió, ansietat o trastorns d'ajust i estrès (Sundquist et al., 2015).

A la recerca bibliogràfica realitzada en la base de dades *psychinfo* amb els termes “*depression*”, “*primary care*” i “*group therapy*” des de l'any 2010 fins al mes de juliol de

2019 es troben només 14 assajos clínics dirigits a pacients adults amb depressió. Se n'han exclòs els que es relacionen amb temes quasi exclusivament mèdics (N=4) i un perquè el tipus d'intervenció és per parelles (N=1). Per tant, s'han seleccionat per temàtica relacionada amb el projecte present un total de 9 estudis, que són els que consten a continuació (veure taula 1).

Taula 1.

Assajos clínics de teràpia grupal de la depressió en l'àmbit de l'atenció primària

Autors (any de l'estudi)	Nombre de participants	Durada de l'estudi	Tractament	Resultats significatius
Santoft et al.(2019)	Metanàlisi de 34 assajos clínics: 2815 control 2543 tractament	-	Comparació TCC i grup control de diferents tipus (TAU, placebo, psicològic, llista d'espera, ADM)	TCC és eficaç en atenció primària en depressió lleu-moderada
Mergl et al. (2018)	77	1 any	Comparació Intervenció farmacològica i TCC grupal	No diferències significatives entre farmacologia i TCC grupal
Ruiz-Rodríguez et al. (2018)	300	1 any i mig	Comparació Intervenció farmacològica i TD-TCC (Transdiagnòstica)	Resultats significatius de la TD-TCC en qüestions d'eficàcia
Conradi Bos Kamphuis De Jonge (2017)	166	2 anys	Comparació CAU PEP PC+PEP TCC+PEP	No diferències significatives entre els 4 tractaments
Shawyer et al.(2012)	204	2 anys	Comparació MBCT i DRAM	Resultats significatius de la MBCT sobre la DRAM
Hegerl et al. (2010)	368	10 setmanes	Comparació Intervenció farmacològica, TCC grupal, autoajuda guiada i placebo	Resultats significatius, superioritat de la TCC

Espie et al. (2007)	200	6 mesos	Comparació grups TCC i tractament usual	TCC eficaç en el tractament de l'insomni
González Fernández Pérez Amigo (2006)	60	1 any	Comparació grups TCC Potenciació de recursos Suport social Llista d'espera	Resultats significatius, eficàcia TCC i potenciació recursos
Miranda et al. (2006)	267 dones	1 any	Comparació Intervenció farmacològica i TCC grupal	Resultats significatius intragrup de la TCC

TCC: Teràpia Cognitivoconductual; TAU: Treatment as usual; ADM: Antidepressant medication; CAU: Care as usual; TD-TCC: Teràpia Cognitivoconductual Transdiagnòstica; PC: Psychiatric Consultation; PEP: Psychoeducational Prevention Program; MBCT: Mindfulness Behaviour Cognitive Therapy; DRAM: Depression Relapse Active Monitoring.

L'estudi que encapçala la taula 1 és, fins a la data de la seva publicació, la major metanàlisi de la TCC per a la depressió a l'atenció primària (Santoft et al., 2019). Es tracta d'una metanàlisi de 34 assaigs clínics que comparaven 3 tipus d'intervencions amb TCC (individual, grup i grup d'habilitats socials) amb grups control diferents (llista d'espera, intervenció farmacològica, intervenció psicològica, placebo o tractament habitual). Només hi ha 6 estudis que comparen la intervenció de TCC amb un altre tractament psicològic (Power, 2012; Hegerl, 2010; González et al., 2007; Smit, 2006; Watson, 2003; Ward, 2000; Scott, 1992). D'aquests 6 estudis esmentats, tan sols dos comparen entre si dos tractaments grupals (Hegerl, 2010; González et al., 2007).

Segons la revisió bibliogràfica realitzada, observem com encara hi ha poca recerca en teràpia grupal, amb una metodologia d'assaig clínic, en àmbits d'atenció primària. Tanmateix, alguns d'aquests estudis s'han dut a terme amb mostres poblacionals reduïdes. També hi ha pocs estudis que comparin la TCC amb un altre tractament psicològic amb el format grupal (en comptes de TAU o llista d'espera). Totes aquestes característiques s'intenten incloure al de l'actual projecte.

Al llarg de la nostra pràctica clínica hem observat que l'ús d'estratègies i tècniques emocionals, així com de la pràctica del *mindfulness* dins el model cognitivoconductual, enriqueix i dona una major eficàcia als tractaments terapèutics, especialment en la simptomatologia depressiva, tal com s'ha pogut també constatar en diversos apartats del marc

teòric estudiat. Tanmateix, es pretén comparar els resultats obtinguts en aquest estudi amb altres que demostren l'eficàcia respecte a l'elecció psicoterapèutica més habitual, la TCC.

La investigació present tracta, doncs, de la realització d'un assaig clínic a l'àmbit de la sanitat pública amb una mostra de dones, que són les que fan una demanda major d'atenció psicològica per presentar simptomatologia depressiva. L'objectiu principal és promoure la salut dins l'àmbit públic per millorar la depressió de la població (projecte PROM-SA·D).

SEGONA PART: APLICACIÓ EMPÍRICA

2. Objectius i hipòtesis

2.1. Objectius

2.1.1. Objectiu principal

2.1.2. Objectius específics

2.2. Hipòtesis

2.2.1. Hipòtesis generals

2.2.2. Hipòtesis específiques

2. Objectius i hipòtesis

2.1. Objectius

En el present estudi, es compara els usuaris que participen en el grup de tractament experimental respecte als participants del grup control. El grup experimental anomenat TCCEM rep el seu nom de les sigles Tractament Cognitivoconductual amb tècniques Emocionals i *Mindfulness*, mentre que el grup de control anomenat TCC és l'acrònim de Tractament Cognitivoconductual. D'aquesta comparació s'espera aconseguir els següents objectius:

2.1.1. Objectius principals

1. Avaluar l'efectivitat del tractament experimental (TCCEM) en pacients dones afectades per un trastorn depressiu en la millora de les variables clíniques i adaptatives.
2. Comparar l'evolució del grup del tractament experimental (TCCEM) respecte a l'evolució de les participants en el grup de control (TCC).

2.1.2. Objectius específics

3. Avaluar l'impacte del tractament psicoterapèutic en grup en termes d'eficàcia, disminuint la simptomatologia clínica de les participants del grup experimental (TCCEM) respecte al grup de control (TCC).
4. Comparar les competències adaptatives de les participants del grup experimental (TCCEM) respecte al grup de control (TCC).
5. Comparar l'evolució després del tractament respecte a l'avaluació basal dels dos grups per separat (TCCEM i TCC).

2.2. Hipòtesis

2.2.1. Hipòtesis generals

1. L'efectivitat del tractament experimental (TCCEM) en pacients dones afectades per un trastorn depressiu serà semblant o superior en la millora de les variables clíniques i adaptatives respecte al grup de control (GC).
2. L'evolució del grup de tractament experimental (TCCEM) serà superior que l'evolució del grup de control (TCC) en les competències adaptatives.

2.2.2. Hipòtesis específiques

Respecte als dos grups de pacients que participen en la investigació, comparant el grup experimental (TCCEM) amb el grup de control (TCC), s'espera que:

3. Els dos grups millorin la simptomatologia clínica (depressió, ansietat, simptomatologia general) actual de forma semblant.
4. El grup de tractament experimental (TCCEM) millora més les competències adaptatives (intel·ligència emocional, autoestima, consciència plena i satisfacció general amb la vida) que el grup de control (TCC) (anàlisi intergrups).
5. L'evolució serà superior en el grup experimental (TCCEM) després del tractament respecte al TCC, en les competències adaptatives, mentre que en les clíniques seran semblants (evolució dins els grups per separat).
6. L'evolució serà superior en el grup experimental (TCCEM) després del tractament respecte al TCC, en les competències de *mindfulness* (evolució dins dels grups per separat).

3. Mètode d'investigació

3.1. Tipus de disseny

3.2. Participants

3.2.1. Criteris de selecció

a. Criteris d'inclusió

b. Criteris d'exclusió

3.2.2. Mida de la mostra

3.3. Instruments

3.4. Procediment

3.4.1. Variables d'estudi

3.4.2. Tractament

3.4.3. Processament i anàlisi de dades

3.5. Aspectes ètics

3. Mètode d'investigació

3.1. Tipus de disseny

La investigació present consisteix en un assaig clínic aleatoritzat, format per un grup experimental i un grup de control, cadascun dels quals rebrà una intervenció terapèutica determinada. El grup experimental realitzarà un tractament de base cognitivoconductual que serà complementat amb treball de *mindfulness*, tècnica en què es desenvolupen aspectes emocionals, mentre que el grup de control realitzarà un tractament cognitivoconductual estàndard. L'assignació a ambdós grups es farà de manera aleatòria, distribuint les participants de l'assaig clínic en el grup experimental (TCCEM) i en el grup de control (TCC).

Totes les pacients de cada grup tenen control per part del seu metge de família o del psiquiatre corresponent, per la qual cosa tots els tractaments psicològics estan afegits al tractament habitual.

3.2. Participants

La població objecte d'estudi està composta per dones provinents del centre de Salut Mental d'Adults de Mataró (CSMA) i de les següents 9 àrees bàsiques de salut que són de la zona d'influència del Servei de Salut Mental del Consorci Sanitari del Maresme: Mataró Centre, Ronda Cerdanya, La Riera, Cirera- Molins, Argentona, Sant Andreu de Llavaneres, Gatassa, Rocafonda, Ronda Prim. Totes elles presenten una simptomatologia clínica esperable en un trastorn de l'esfera afectiva i/o ansiosa. Atès que la immensa majoria de la població derivada per rebre aquest tipus de tractament és de gènere femení, s'ha optat per analitzar únicament les dades de les dones per evitar que la mostra quedés esbiaixada. De tota manera, el reduït nombre d'homes que ha estat derivat per al tractament s'ha inclòs en els grups terapèutics i s'ha dut a terme la intervenció de la mateixa manera que amb les dones.

3.2.1. Criteris de selecció

Aquest estudi es va dur a terme en l'àmbit de la salut pública, tant en l'atenció primària com en el mateix centre de salut mental i comprèn els 9 centres d'atenció primària que estan dins el sector del Consorci Sanitari del Maresme, amb un potencial d'actuació de la població

factible de ser atesa de 127.043 pacients. A continuació s'expliciten els criteris d'inclusió i exclusió:

a. **Criteris d'inclusió¹:**

- Edat compresa entre els 18 i els 80 anys.
- Tenir el diagnòstic de trastorn depressiu o distímia.
- Trastorn depressiu no especificat.
- Es podran incloure les pacients que a més tenen un trastorn d'ansietat (trastorn d'Ansietat Generalitzada (TAG), trastorn de pànic sense agorafòbia, trastorn d'ansietat no especificat, trastorn per estrès agut).
- Haver signat el document de consentiment informat on s'accepti la participació de la pacient a l'estudi de forma voluntària.

b. **Criteris d'exclusió:**

- Gènere masculí.
- Pacients amb un episodi depressiu greu segons els criteris del DSM-5 (APA, 2013).
- Pacients amb ideació autolítica repetitiva.
- Trastorn bipolar.
- Trastorn de pànic amb agorafòbia.
- Pacients a les quals s'hagi prescrit un antidepressiu en un període de menor durada als 3 mesos (a l'inici del tractament psicològic).
- Pacients que, per empitjorament de la simptomatologia, requereixin un ingrés hospitalari o estada en hospital de dia, tots dos en el Servei de Salut Mental i Addiccions.
- Discapacitat intel·lectual (que impliqui dificultats per realitzar-ne les avaluacions).
- Dificultats de comprensió idiomàtica o en la capacitat de lectoescriptura.
- Trastorn psicòtic greu.
- Pacients que tinguin prescrit un tractament neurolèptic o un estabilitzador de l'estat d'ànim (per exemple salts de liti o valproic) per la sospita d'un diagnòstic diferencial no especificat.

¹ Els criteris d'inclusió en el cas de la depressió seran els de caràcter lleu o moderat, segons els criteris del DSM-5 (APA, 2013), i estaran a disposició dels metges de família i dels psiquiatres de referència de cada àrea bàsica per a la seva inclusió en els grups.

- La no acceptació signada a participar en el programa d'intervenció.

3.2.2. Mida de la mostra

Es van reclutar un total de 203 persones 130 de les quals, entre homes i dones, complien els criteris d'inclusió i van accedir a participar en la investigació. Com que l'estudi se centra en la població femenina, no es van analitzar les dades dels participants masculins a la mostra final.

La mostra final està formada per 120 dones provinents dels 9 Centres d'Atenció Primària i el Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) que són de la zona d'influència del Servei de Salut Mental del Consorci Sanitari del Maresme. Es va considerar que hi havia una taxa de pèrdues de seguiment del 40%, tenint present la pèrdua de la mostra previsible en la literatura consultada (Sharp, Power, & Swanson, 2004; Lizeretti, 2009).

Cal deixar constància que la part de participants exclosa en la investigació podia iniciar i beneficiar-se del tractament de la mateixa manera que les participants de la mostra total; però la diferència va ser que les dades referents a la seva evolució no es van incloure a la investigació que ens ocupa.

Durant els cinc anys de treball de camp en què es va fer la intervenció, es va estudiar un total de 21 grups de tractament entre algunes de les àrees d'atenció primària i el Centre de Salut Mental (CSMA), perquè encara no hi havia la possibilitat de fer els estudis a la resta d'àrees bàsiques de la zona d'influència. Els models d'intervenció TCCEM i la TCC es van repartir de forma homogènia, així com es van realitzar de la mateixa manera en les diferents estacions de l'any (setembre-febrer i febrer-juliol). De tots els grups de tractament que es van fer, sorgeixen les 120 dones que formen la mostra del nostre estudi.

3.3. Instruments

Per a l'avaluació de les participants d'ambdós grups de tractament (TCCEM i TCC), es va emprar una bateria de tests i qüestionaris sistematitzats per valorar-ne la simptomatologia clínica, així com cada una de les competències treballades i, d'altra banda, es van tenir en compte variables que s'han considerat rellevants per a lavaluació conseqüent, així com valoracions qualitatives sobre la satisfacció amb el tractament (veure taula 2).

Taula 2.

Esquema dels instruments de mesura emprats per a l'avaluació pre i posttractament.

Instruments de mesura					
Simptomatologia clínica		Competències adaptatives		Satisfacció amb el tractament	
Síntoma	Test	Competència	Test	Competència del tractament	Test
Depressió	BDI-II	<i>Mindfulness</i>	FFMQ	Aliança terapèutica	WATOCI
Ansietat	STAI	Intel·ligència emocional	TMMS-24		
Simptomatologia clínica general	SCL-90-R	Satisfacció general amb la vida	QLS		
		Autoestima	Escala d'autoestima de Rosenberg		

Escales de Síntomes Psicopatològics (depressió, ansietat i simptomatologia general)

- **BDI-II**, *Beck Depression Inventory - II* (Beck, Steer, & Brown, 1996). Adaptat a la població espanyola: *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)* (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, & Vázquez, 2005). Es tracta d'un autoinforme de 21 ítems de tipus likert en què la persona ha d'assenyalar l'afirmació que més s'ajusti a l'estat anímic actual o recent. El test permet marcar més d'una resposta en cas de dubte. És utilitzat per detectar i avaluar la gravetat de la depressió. Els seus ítems no deriven de cap teoria concreta sobre aquest constructe, sinó que descriuen els símptomes clínics més freqüents dels pacients psiquiàtrics amb depressió. Permet classificar les persones avaluades en un dels següents quatre grups: 0-13, mínima depressió; 14-19, depressió lleu; 20-28, depressió moderada; i 29-63, depressió greu. La prova ha rebut diverses modificacions respecte a les versions anteriors per poder representar millor els criteris per al diagnòstic dels trastorns depressius recollits en el DSM-IV (Manual de diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals, quarta edició, American Psychiatric Association, 1994) i de la CIE-10

(Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, Organització Mundial de la Salut, 1993). És el cinquè test més emprat pels psicòlegs espanyols (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010). Les seves puntuacions presenten una elevada fiabilitat, mitjançant dissenys de consistència interna. La validesa convergent amb altres mesures de depressió és adequada.

- **STAI**, *Qüestionari d'Ansietat Estat Tret*. (Spielberger; Gorsuch; Lushene, 1970). Adaptació espanyola (Departament d'I + D de TEA Edicions, 2002). És un qüestionari d'autoinforme amb dues escales separades que mesuren conceptes independents de l'ansietat: l'estat (E) i el tret (R). S'ha mostrat útil per mesurar els dos conceptes tant en escolars d'estudis mitjans i superiors com en pacients de diversos grups clínics. Aquest test està compost per 40 ítems, 20 per cada subescala, de resposta múltiple tipus likert on 0 és gairebé mai i 3 és gairebé sempre. Les propietats psicomètriques són acceptables i els índexs *alpha de cronbach* de consistència interna per a la subescala AE oscil·len entre 0,90-0,93 i entre 0,84-0,87 per a la subescala AE. La fiabilitat trobada per al procediment de les dues meitats és de 0,94 a A-E i 0,86 a A-R i per al test-retest a A-R és de 0,65-0,86. Aquesta escala ha estat àmpliament emprada com a mesura de resultat primària d'ansietat en la recerca en psicoteràpia.

- **SCL-90-R** (*Qüestionari de 90 Síntomes segons el DSM-III-R*; DeRogatis, 1983). Versió adaptada al castellà (González de Ribera et al., 1993). Es tracta d'una escala autoaplicada que valora la presència de símptomes en les últimes setmanes a través de 90 ítems de resposta múltiple tipus likert on 0 és res en absolut i 4 és molt o extremadament. Permet obtenir puntuacions per a nou subescales de simptomatologia clínica: somatització, obsessió-compulsió, sensibilitat interpersonal, depressió, ansietat, hostilitat, ansietat fòbica, ideació paranoide i psicoticisme. A més inclou tres índexs clínics que ofereixen informació sobre l'amplitud i gravetat dels símptomes: Índex Global de Gravetat (GSI), Total de Síntomes Positius (PST) i Destret de Síntomes Positius (PSDI). L'instrument presenta cinc barems: homes de població general no clínica, dones de població general no clínica, pacients amb disfunció psicossomàtica temporomandibular, homes de mostra psiquiàtrica i dones de mostra psiquiàtrica. Es considera un cas psiquiàtric quan el pacient obté una puntuació GSI major o igual a T de 63. Presenta adequada consistència interna per a les diferents subescales entre 0,81 i 0,90, el test-retest mostra una fiabilitat entre 0,78 i 0,90. Es mostra vàlida com a mesura de *screening* i com

a mesura de canvi terapèutic per la qual cosa és utilitzada sovint com a mesura de resultat en les investigacions en psicoteràpia. (text suprimit per repetició)

Escales de Competències Adaptatives (satisfacció general amb la vida, intel·ligència emocional, autoestima i *mindfulness*)

- **Escala de Qualitat de Vida** (*Quality of Life Scale, QLS*) (QOL; Lehman, 1988). Traducció espanyola (Bobes, González, & Wallace, 1993). Entrevista estructurada que mesura la qualitat de vida subjectiva dels malalts mentals crònics. En el present projecte es va preguntar tan sols sobre el primer ítem, que avalua la satisfacció general amb la vida que té el pacient. Aquesta consisteix en una escala Likert on el pacient ha de valorar d'1 (terrible) a 7 (plaent) el seu estat actual de satisfacció respecte a la vida.

- **TMMS-24**, *Trait Meta-Mood Scale* (Salovey et al., 1995; adaptació espanyola de Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2004). Escala d'autoinforme que avalua la intel·ligència emocional percebuda (IEP), és a dir, el metaconeixement que té el subjecte dels seus propis estats emocionals. Consta de 24 ítems del tipus "parar molta atenció als sentiments" o "quan estic trist penso en tots els plaers de la vida". Aquests ítems valoren les diferències individuals en les destreses amb les quals els individus perceben com fer atenció a les seves emocions, discriminar entre elles i regular-les. Les cinc opcions de resposta es presenten en una escala tipus Likert on 1 és "gens d'acord" i 5 "totalment d'acord". Les puntuacions de l'escala estan baremades en funció de la variable sexe. Aquesta escala no permet una puntuació total d'IEP sinó que s'obté una puntuació independent per a cada un dels tres factors que la componen. Cada factor està representat per 8 ítems i la fiabilitat per a cada un és: Atenció ($\alpha = 0,90$); Claredat ($\alpha = 0,90$) i Reparació ($\alpha = 0,86$). L'escala presenta una fiabilitat adequada test-retest (Atenció = 0,60; Claredat = 0,70 i Reparació = 0,83). A la majoria d'estudis les correlacions entre les subescales mostren que Reparació correlaciona positivament amb Claredat però no amb Atenció (Fernández-Berrocal & Ramos, 1999), encara que tots els factors presenten una correlació apropiada i en la direcció esperada amb variables de criteri. Entre les escales d'autoinforme que avaluen l'IEP és la que presenta millors propietats psicomètriques tant en la seva versió original (Davies et al., 1998) com en la seva versió espanyola (Extremera, et al., 2003) quan es compara amb altres mesures autoinformades de l'IEP.

- **Escala d'Autoestima de Rosenberg** (1965; versió adaptada a la llengua espanyola per Echeburúa,1995). L'escala d'Autoestima de Rosenberg és una de les més utilitzades per valorar l'autoestima en adolescents i en la població general. L'escala inclou deu ítems que valoren sentiments de respecte i acceptació d'un mateix/a. La meitat dels ítems tenen l'enunciat escrit en positiu i l'altra meitat en forma negativa. Els ítems es responen en una escala Likert de quatre punts (1=molt d'acord, 2=d'acord, 3=en desacord, 4=totalment en desacord). Per a la seva correcció s'han d'invertir les puntuacions dels ítems amb enunciats negatius (3,5,8,9,10) i posteriorment sumar-se tots els ítems. La puntuació oscil·la entre 10 i 40.

- **FFMQ** (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*; Baer, 2006). Versió adaptada al castellà per Cebolla, 2012).

Aquest qüestionari està format per 39 ítems que avaluen cinc dimensions de *mindfulness*. Els ítems són valorats en una escala Likert que va des de l'1 (mai o rarament cert) al 5 (molt sovint o sempre cert). Els cinc factors que s'avaluen són: a) Observar, que inclou atendre les experiències internes i externes com sensacions, pensaments, emocions, sons, olors, etc.; b) Descriure, que es refereix a la capacitat d'etiquetar les experiències internes amb paraules; c) Actuar adonant-se'n, que mesura la capacitat de posar atenció a les activitats que fa un a cada moment, en comptes de funcionar de forma mecànica amb l'atenció dispersa (pilot automàtic); d) No jutjar l'experiència interna, que es refereix a la capacitat de relacionar-se amb la pròpia experiència des d'una perspectiva no avaluadora; e) No reactivitat davant l'experiència interna, que mesura la tendència de permetre que els pensaments apareguin i desapareguin sense deixar-s'hi emportar. Respecte a la seva fiabilitat, les cinc escales mostren bona coherència interna, amb un coeficient de *l'alpha de Cronbach* (α) de 0,88 per a la puntuació total del FFMQ. Cada dimensió presenta també puntuacions alpha diferents: Observar ($\alpha=0,81$), Descriure ($\alpha=0,91$), Actuar ($\alpha=0,89$), No Jutjar ($\alpha=0,91$) i No Reactivitat ($\alpha=0,80$). Aquest qüestionari parteix del model de *mindfulness* plantejat per Marsha Linehan, en el qual les habilitats de *mindfulness* se separen en dues, les *QUÈ* i les *COM*. Tot i els problemes metodològics que té aquest qüestionari, com el fet d'incloure un factor (Observar) que no té relació directa amb la resta, aquest és un dels més emprats, conjuntament amb l'Escala de *Mindfulness* i Adonar-se'n (MAAS).

- **WATOCI** (*Working Alliance Theory of Change Inventory*; Duncan & Miller, 1999; adaptació espanyola Corbella & Botella, 2004). L'inventari d'aliança de treball i teoria de canvi avalua a través de 17 ítems quatre dimensions de l'aliança terapèutica: acord en les tasques (4 ítems), acord en els objectius (4 ítems), relació terapèutica o vincle terapèutic (4 ítems) i acord en la teoria del canvi (5 ítems); a més, permet obtenir una puntuació total en aliança terapèutica. Les respostes es presenten en una escala Likert de 7 opcions on 1 és mai i 7 és sempre. La consistència interna de les subescales presenta uns índexs *alpha* d'0,91, 0,85, 0,86 i 0,82 per a tasques, relació, objectius i teoria del canvi, respectivament. En aquesta investigació s'ha pres com a indicador de la qualitat de l'aliança terapèutica les puntuacions en l'escala total i com a indicador de la qualitat del vincle emocional entre pacient i terapeuta les puntuacions en la relació terapèutica. La investigació en psicoteràpia demostra de forma consistent la importància del vincle emocional entre terapeuta-pacient i el conjunt de l'aliança terapèutica en la promoció del canvi terapèutic (Botella & Corbella, 2005).

3.4. Procediment

En un primer moment es van realitzar reunions informatives amb els metges de família i psiquiatres de referència del Consorci Sanitari del Maresme.

Per al reclutament de les participants es va comptar amb pacients que esperaven rebre tractament psicològic per als trastorns en estudi, derivades a tractament grupal pels metges de família i/o psiquiatres de referència de les diferents Àrees Bàsiques de Salut anteriorment esmentades i el CSMA del Consorci Sanitari del Maresme. Aquest procés es va dur a terme durant 5 anys, en què s'anaven reclutant pacients de manera gradual.

El criteri per retirar una pacient de l'estudi era l'empitjorament dels símptomes a causa del procés d'influència grupal. Els responsables d'avaluar aquest criteri van ser els terapeutes responsables del grup.

3.4.1. Variables d'estudi

Tot i que a l'inici de la investigació es va tenir en compte la possibilitat d'incloure com a grup de control un tercer grup format per pacients en llista d'espera, es va decidir no dur-ho

a terme per dues raons: La primera és que pràcticament tots els estudis demostren que la psicoteràpia és significativament més eficaç que la llista d'espera pel que fa a la millora de les variables avaluades (Smith, Glass, & Miller, 1980). L'altra raó per la qual es va descartar el grup de llista d'espera fa referència a aspectes ètics, ja que no es volia deixar sense tractament cap pacient que ho tingués indicat. Per aquests motius es va prescindir del grup de control basat en la llista d'espera i es van incloure totes les pacients reclutades en un dels dos grups de tractament.

La **variable independent** en aquesta investigació és el tipus de tractament psicoterapèutic TCC o TCCEM. Ambdós tractaments han tingut una durada exacta de 24 sessions d'una hora i mitja cadascuna amb una freqüència de visites setmanals al llarg d'aproximadament 6 mesos. Tant els grups de TCC com els de TCCEM van ser dirigits pel mateix equip de terapeutes, format per una parella composta d'un psicòleg i un coterapeuta per a cada grup. Per tant, tot l'equip de terapeutes va realitzar tractament tant dels grups TCCEM com de la TCC. Els terapeutes van ser formats en els dos tipus de tractaments i l'evolució de tots els grups va estar sotmesa a una supervisió mensual durant tot el temps en què es va dur a terme la investigació.

Les pacients que van participar a l'estudi van rebre un dels dos tractaments psicoterapèutics i els controls psiquiàtrics habituals. Però, a causa de la normativa del centre, les pacients que assistien a teràpia de grup no podien fer sessions individuals de psicoteràpia (amb el seu psicòleg de referència) fins a haver finalitzat el tractament.

Pel que fa a les **variables dependents**, es van classificar en variables de simptomatologia clínica i variables de competències adaptatives. Com a la majoria dels estudis d'eficàcia per al tractament psicoterapèutic dels trastorns depressius, es va considerar com a principal mesura de resultat la disminució dels símptomes depressius i el canvi clínicament significatiu mitjançant una escala diagnòstica en les pacients amb depressió (BDI-II). Així mateix s'ha tingut també en compte la millora clínica de l'ansietat, vist que és un símptoma molt relacionat amb els trastorns depressius.

Per altra banda, en les competències adaptatives es va adoptar com a principal mesura de resultat la millora o increment de les variables de *mindfulness*, intel·ligència emocional, autoestima i satisfacció amb la vida.

Com a mesures secundàries de l'eficàcia del tractament es va considerar la disminució dels símptomes clínics de l'escala SCL-90-R i de la taxa d'abandonaments. Tanmateix es va seguir la recomanació d'avaluar la relació terapèutica en els estudis en els quals es compara l'eficàcia de dos o més tractaments, com a mesura secundària (Hunot et al., 2013). L'avaluació

de l'aliança terapèutica al final del tractament constitueix una mesura que permet valorar el desenvolupament del procés terapèutic. Totes aquestes mesures de resultat o del procés es mostren a la taula 3.

Taula 3.

Variables dependents: Mesures de resultat principals i secundàries.

PRINCIPALS MESURES DE RESULTAT DE L'EFICÀCIA DEL TRACTAMENT	INSTRUMENTS DE MESURA
<ul style="list-style-type: none"> ● Millora clínica <ul style="list-style-type: none"> ● Depressió ● Ansietat ● Competències adaptatives <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Mindfulness</i> ● Intel·ligència emocional ● Autoestima ● Satisfacció amb la vida 	<ul style="list-style-type: none"> - BDI-II - STAI - SCL-90 - FFMQ - TMMS-24 - Escala d'autoestima de Rosenberg - QOL
MESURES SECUNDÀRIES DE L'EFICÀCIA DEL TRACTAMENT	
<ul style="list-style-type: none"> ● Millora clínica <ul style="list-style-type: none"> ● Somatització ● Obsessió-compulsió ● Sensitivitat ● Depressió ● Ansietat ● Hostilitat ● Fòbia ● Paranoia ● Psicoticisme ● Miscel·lània ● Taxa d'abandonament <ul style="list-style-type: none"> ● Assistència al 80% de les sessions ● Aliança terapèutica <ul style="list-style-type: none"> ● Vincler terapèutic 	<ul style="list-style-type: none"> - SCL-90-R - Registre - WATOICI

El mètode d'aleatorització va consistir en l'assignació d'un codi a cadascun dels subjectes avaluats que complien els criteris d'inclusió i que podien incorporar-se tant al grup experimental com al grup de control. Aquests codis van ser introduïts en una base de dades del

IBM SPSS versió 25 i mitjançant l'opció "assignació aleatòria" que oferia el programa es va realitzar l'assignació de les pacients a un grup de tractament o a un altre.

Una altra de les variables que es van tenir en compte va ser el període estacional en el qual es realitzava el tractament als grups esmentats. Atès que el trastorn descrit pot variar considerablement en relació amb els períodes d'hivern-estiu, es va decidir realitzar-lo amb cada grup (control i experimental) en dos períodes estacionals diferents, setembre-febrer i febrer-juliol.

La pacient no sabia a quin grup se l'assignava, per la qual cosa es tracta d'un disseny simple cec (els terapeutes sí que ho saben).

3.4.2. Tractament

El tractament cognitivoconductual (TCC) va desenvolupar estratègies i tècniques com la respiració diafragmàtica, entrenament en relaxació de Jacobson, psicoeducació en el trastorn, reestructuració cognitiva, realització d'autoregistres, exposició, exercicis de role-playing, entrenament en resolució de problemes i prevenció de recaigudes (veure taula 4). Cal remarcar que cada sessió s'iniciava amb una pràctica de relaxació de Jacobson.

Taula 4.

Esquema del Tractament Cognitivoconductual (TCC).

TCC			
Sessió	Objectiu de la sessió	Tècnica	Objectiu de la tècnica
1	- Presentació de les participants i els terapeutes - Conèixer les característiques generals del grup	- Presentació per parelles - Explicar les regles de funcionament del grup (compromís i confidencialitat)	- Establir marc de confiança, vincle i estructura funcional

2-4	<ul style="list-style-type: none"> - Aprenentatge del tipus de simptomatologia i dels hàbits saludables - Pràctica de la respiració abdominal - Entrenament en relaxació muscular de la segona a la quarta sessió. A les sessions posteriors, 15' a l'inici de cada una de las sessions 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducació sobre l'estat d'ànim depressiu i estratègies d'autocura (hàbits saludables) - Exercici de respiració diafragmàtica - Relaxació progressiva de Jacobson (TCC) 	<ul style="list-style-type: none"> - Entendre la seva problemàtica i simptomatologia i realitzar psicoeducació - Treballar en la relaxació dels músculs i en la respiració per reduir els símptomes d'ansietat
4-5	<ul style="list-style-type: none"> - Anàlisi de les distorsions cognitives (Beck) 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducació en les diferents distorsions cognitives - Aprenentatge de la tècnica d'aturada de pensament 	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilitzar i canviar el pensament per una alternativa més sana i funcional - Disminuir els pensaments negatius
6-7	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuració cognitiva (Ellis) 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducació en les creences irracionals d'Ellis 	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar els patrons de pensament negatius i irracionals
8-10	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar habilitats socials 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprenentatge del model de comunicació assertiu - Tècniques de <i>role-playing</i> en situacions de falta d'assertivitat 	<ul style="list-style-type: none"> - Aconseguir defensar els propis interesos evitant el conflicte - Practicar l'assertivitat in vivo amb exemples quotidians de les mateixes pacients

11-13	- Detecció de situacions ansiògenes i identificació de símptomes associats	- Construcció d'una jerarquia de les situacions que afavoreixen l'ansietat i la depressió - Pautes i autoinstruccions per dur-la a terme i superar-la (realització d'autoregistres)	- Identificació de les pròpies situacions que desencadenen els propis símptomes - Anotar dificultats, alternatives, estratègies, etc. Davant de cada ítem de la jerarquia
14-15	- Identificació de situacions, pensaments i sentiments negatius	- Reflexió sobre els autoregistres d'exposició i <i>feedback</i> grupal	- Connectar amb els pensaments i emocions del grup
16-18	- Disminució de conductes d'evitació i reducció de la depressió i l'ansietat	- Exposició gradual <i>in vivo</i> i interoceptiva	- Habituar la persona a la situació ansiògena i reduir-ne així els símptomes
19-20	- Presa de decisions	- Resolució de problemes i situacions conflictives	- Elaborar solucions funcionals davant els conflictes
21-23	- Sessions de recapitulació	- Prevenció de recaigudes - Repàs de tot el temari i dinàmiques realitzades	- Afiançar les tècniques i aprenentatges fets
24	- Comiat	- Reflexió sobre els aprenentatges vitals	- Afiançar les tècniques i aprenentatges fets i acomiadar-se del grup

En canvi, el tractament que combina les estratègies i tècniques cognitivoconductuals amb *mindfulness*, estratègies emocionals i valors (tractament que hem anomenat TCCEM),

afegeix, a les tècniques exposades fins a la sessió 10 (veure taula 5), altres tècniques emocionals basades en el tractament de les emocions bàsiques (por, tristesa, ràbia i alegria) amb la pràctica del *mindfulness* i el treball de valors. Cal remarcar que la pràctica de *mindfulness* es realitzava a l'inici de cada una de les sessions. Diverses tècniques emprades han estat dutes a terme en tractaments desenvolupats inicialment des de la teràpia cognitivoconductual i anomenats de tercera generació (Crespo & Labrador, 2010; Henry, Edwards, Jackson, Hulbert, & McGorry, 2002; Segal et al., 2017) són d'altres orientacions.

Taula 5.

Esquema del tractament combinant estratègies i tècniques cognitivoconductuals amb estratègies emocionals (TCCEM).

TCCEM			
Sessió	Objectiu de la sessió	Tècnica	Objectiu de la tècnica
1	<ul style="list-style-type: none"> - Presentació de les participants i terapeutes - Característiques generals del grup 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentació mitjançant la tècnica “del roser” (Rosal, 2002) - Regles de funcionament del grup (compromís i confidencialitat) 	<ul style="list-style-type: none"> - Connectar amb una mateixa (emocions, personalitat, etc.) a través del dibuix - Establir marc de confiança, vincle i estructura funcional
2-4	<ul style="list-style-type: none"> - Aprenentatge del tipus de simptomatologia i dels hàbits saludables - Adquirir confiança en la capacitat de tenir benestar a nivell intern 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducació sobre l'estat d'ànim depressiu i estratègies d'autocura (hàbits saludables) - Pràctica de <i>mindfulness</i>: exercici del <i>body scan</i>, atenció i respiració, motivació de benestar propi i de les altres persones (es farà a l'inici 	<ul style="list-style-type: none"> - Entendre la seva problemàtica i simptomatologia - Treballar en l'adquisició de consciència plena per afavorir el benestar i la reducció de símptomes

	- Aprendre a centrar la pròpia atenció	de cada sessió durant 15')	
4-5	- Anàlisi de les distorsions cognitives (Beck)	- Exercici de les dues cadires amb reestructuració personal i dels altres membres del grup ²	- Flexibilitzar i canviar el pensament per una alternativa més sana i funcional - Disminuir els pensaments negatius
6-7	- Reestructuració cognitiva (Ellis)	- Exercici de les dues cadires amb reestructuració personal i dels altres membres del grup	- Modificar els patrons de pensament negatius i irracionals
8-10	- Incrementar habilitats socials	- Aprenentatge del model de comunicació assertiva - Tècniques de <i>role-playing</i> en situacions de falta d'assertivitat	- Aconseguir defensar els propis interesos evitant el conflicte - Practicar l'assertivitat in vivo amb exemples quotidians de les mateixes pacients
11-13	- Identificació emocional	- Escultures familiars (Onnis, 1997)	- Identificació de les emocions associades a les relacions amb els membres de la família per identificar patrons negatius

² Realització de la reestructuració cognitiva, amb l'ajuda de les companyes del grup, consistent a col·locar una cadira davant la pacient que fa la tècnica i cada membre li fa la reestructuració cognitiva en aquesta posició.

14-15	- Facilitació emocional	- Exposició <i>mindful a les emocions</i> en la sessió i en situacions quotidianes (acceptació de la por, tristesa, etc.)	- Gestionar les emocions adequadament, que pot facilitar el pensament
16-18	- Comprensió de l'emoció	- Exercici de la cadira buida (diàleg amb el símptoma) (Greenberg & Paivio, 2000)	- Gestionar les emocions adequadament i comprendre la seva complexitat
19-20	- Reparació de les emocions	- Aprenentatge de valors - Tècnica del refugi ³	- Gestionar i regular les emocions adequadament d'acord amb els propis valors
21-23	- Sessions de recapitulació	- Tècnica de la línia de la vida (James & Woodsmall, 1988)	- Recull d'aprenentatges i recursos emocionals
24	- Comiat	- Reflexió sobre els aprenentatges vitals	- Afiançar els valors, les tècniques i aprenentatges fets i acomiadar-se del grup

³ Tècnica creada per l'equip investigador, segons la qual la pacient a qui s'aplica (l'apliquen a totes per torns) identifica quins són els seus "refugis", on cerca la felicitat, seguretat... S'utilitzen diverses cadires per concretar cada un dels refugis. Asseguda en cada una, identifica què se li pot oferir des d'aquell refugi i què i què no se li pot oferir. S'acaba l'aplicació de la tècnica des de la pròpia cadira, on es fa una integració de l'tot allò expressat. Es ressalta la importància de tenir tant refugis "externs" com "interns".

3.4.3. Processament i anàlisi de les dades

L'anàlisi de les dades obtingudes al llarg de la investigació es va dur a terme utilitzant el paquet estadístic IBM SPSS Statistics (versió 25).

Es va realitzar una anàlisi de la variància (ANOVA) mitjançant el model lineal general de mesures repetides per observar l'efecte intragrups i entre grups a l'inici del tractament i en el posttractament. Les dades es van introduir a la base de dades de forma codificada i dissociada de qualsevol variable que pugui identificar la persona que participa a l'estudi.

Per avaluar l'evolució dels grups de forma separada es van realitzar T de Student per comparar els resultats de l'avaluació basal i els posttractaments.

3.5. Aspectes ètics

Al tractar-se de persones que pateixen un trastorn de l'estat d'ànim que afecta el desenvolupament funcional de la seva vida diària, les seves expectatives de futur i la qualitat de vida en general, els beneficis esperats d'aquest projecte presentat i que afavoreixen la societat són els que segueixen:

- Com que es tracta de persones vulnerables, amb tendència a l'aïllament, a l'exclusió social i fins i tot a l'autolesió, es pretén afavorir la seva qualitat de vida.
- Les persones que pateixen aquesta patologia són molt susceptibles a recaigudes, les quals generen un ús elevat dels recursos de la sanitat pública (medicació, visites a urgències i/o a metges de capçalera, etc.), per la qual cosa la implementació d'aquest projecte podria suposar una reducció de la despesa sanitària.
- La depressió a l'atenció primària, conjuntament amb l'ansietat, és la principal causa de discapacitat en l'àmbit de salut mental. Així doncs, aquest trastorn afecta un gran nombre de població que es pot beneficiar d'aquest tractament.

Pel que fa als possibles **efectes no desitjats** que poden produir-se, cal esmentar:

- La no acceptació del tractament en dur-se a terme en format grupal, tot preferint un format individualitzat. En aquest cas la persona no seria seleccionada per a aquest tractament i seguiria dins el circuit de salut mental.
- L'increment de la simptomatologia negativa a causa del procés d'influència grupal. En aquest cas els mateixos terapeutes del grup serien els encarregats de derivar la pacient que hi participa per evitar l'afectació d'aquest procés.

Així mateix, aquest projecte compta amb l'autorització i informe positiu de la Comissió d'Ètica i Investigació de la FPCEE Blanquerna i del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme (codi CEIC 16/15).

Considerem que la present investigació complirà els següents **principis ètics** de no maleficència, de beneficència, d'autonomia, d'equitat, de justícia i de confidencialitat.

Totes les participants tindran assignat un codi amb les respostes donades per garantir la seva confidencialitat i aquestes respostes seran recollides i tractades de forma codificada. Les dades que s'obtinguin de la seva participació no s'utilitzaran amb cap mena de finalitat diferent a l'esmentada en aquesta investigació i passaran a formar part d'una base de dades de la qual serà el màxim responsable l'investigador principal. Aquestes dades quedaran protegides mitjançant un fitxer automatitzat i la informació que se n'extreu és utilitzada solament amb finalitat científica, a efectes d'aquest projecte.

La base de dades de l'estudi estarà sota la responsabilitat de l'investigador principal davant el qual es podrà exercir en tot moment els drets que estableix el Reial Decret 1720/2007, per la qual cosa s'aprova el Reglament del desenvolupament de la Llei Orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, així com la Llei Bàsica Reguladora de l'Autonomia del Pacient i dels Drets i Obligacions en Matèria d'Informació i Documentació 41/2002.

4. Resultats

4.1. Introducció

4.2. Participants

4.3. Avaluació basal

4.3.1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

4.3.2. Comparació de les escales dels dos grups a l'avaluació basal

4.3.3. Escales clíniques de la mostra

4.3.3. Escales de competències adaptatives de la mostra

4.4. Avaluació de les escales intragrups

4.5. Avaluació de les escales dintre els grups

4. Resultats

4.1. Introducció

A l'apartat present s'exposen els diferents resultats del treball de camp. En primer lloc, a l'avaluació basal, es mostren els resultats sociodemogràfics de la mostra dividits en els dos grups de tractament, per ratificar si les variables d'edat, localització o estació en què es desenvolupava el tractament suposaven una diferència que afectés les dades inicials de manera significativa. Tot seguit, s'exposen els resultats previs obtinguts en ambdós grups, separant les escales clíniques de les escales que avaluen les competències adaptatives.

Després es confirmen les dades de tota la mostra en la seva evolució i, a continuació, es presenten els resultats del model lineal de mesures repetides i l'anàlisi de la varianza de cada grup al posttractament. S'han separat les escales de simptomatologia clínica (BDI-II, STAI i SCL-90) de les escales de millora de competències adaptatives (TMMS-24, FFMQ, Escala de Autoestima de Rosenberg, QOL). També es comenten els resultats sobre el vincle terapèutic.

4.2. Participants

Dels 203 participants reclutats en un inici es constitueix una mostra de 120 participants que compleixen els criteris d'inclusió en el present estudi. De la resta de persones reclutades que no es van incloure dins la mostra final (83 participants entre homes i dones) destaquem que van ser descartats ja que no superaven el criteris d'inclusió indicats (gènere masculí, no voler participar a l'estudi, tenir un altre diagnòstic, no voler omplir els protocols d'avaluació, no poder acudir per incompatibilitat horària laboral o familiar, etc.).

Al llarg de la intervenció va haver-hi una pèrdua de 29 participants (24,17% de la mostra total), 19 de les quals eren pertanyents al grup TCC i 10 pertanyien al grup TCCEM. La mostra final, un cop efectuat el tractament, va ser de 91 participants, que van realitzar tot el procés terapèutic i van poder ser avaluades al final d'aquest.

Les pèrdues durant la intervenció es van produir pel fet de no seguir el tractament (abandonaments) i també per la bateria de tests que avaluaven les variables simptomatològiques. En aquest segon cas, podia ser per dues causes: Si la bateria de tests es retornava o no per fer l'estudi (si això succeïa, la persona quedava fora de la investigació) o, si un cop retornats els tests, les respostes de les preguntes n'invalidaven els resultats, sovint

perquè eren incompletes. La figura 1 mostra l'assignació de pacients i les pèrdues de la mostra durant el reclutament i l'estudi.

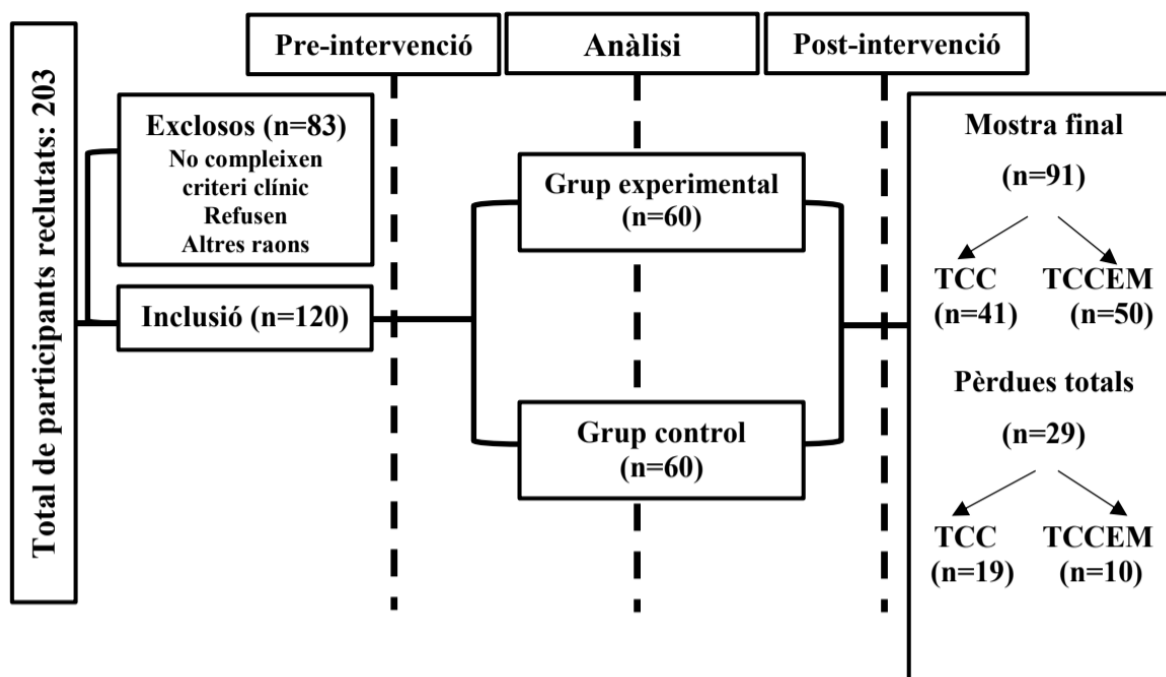


Figura 1. Diagrama de flux del procés d'assignació de pacients i les pèrdues mostrals durant el reclutament i l'estudi

4.3. Avaluació basal

A l'avaluació basal es van examinar les característiques sociodemogràfiques més rellevants de les participants, l'estat de la simptomatologia clínica, les seves competències adaptatives (autoestima, *mindfulness*, intel·ligència emocional) i la satisfacció personal amb la vida fent una comparativa entre els resultats del grup de control i del grup experimental per descartar que poguessin existir diferències significatives a l'inici del tractament.

4.3.1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

Es va realitzar una anàlisi descriptiva de la mostra per valorar la distribució de les característiques sociodemogràfiques bàsiques dels grups i la seva homogeneïtat (vegeu taula 6). S'observa que hi ha homogeneïtat a la mostra, tant en la distribució de grups (TCCEM n=60 i TCC n=60, n=120 entre els dos grups), el lloc de realització (atenció primària i el Centre de

Salut Mental de l'Hospital de Mataró, $p=0,983$), com en l'estació de l'any durant la qual es duia a terme el tractament (tardor i primavera, $p=0,455$), ja que, com és sabut, l'estació pot afectar de forma important l'estat anímic. L'edat tampoc resulta ser una variable significativa ($p=0,376$) en el tractament a causa de la gran homogeneïtat d'edats de les participants entre els grups.

Les pacients eren derivades, de la mateixa manera, de totes les 9 àrees bàsiques, però per les característiques dels centres només es van poder formar els grups en 3 d'ells, ja que encara no s'havia estès la intervenció psicològica a l'atenció primària a la zona d'influència del Consorci Sanitari del Maresme en el moment de la realització de la intervenció. Per tant, el perfil dels pacients era semblant, però es va voler tenir en compte aquesta variable, encara que no va ser significativa.

Pel que fa a la distribució dels terapeutes que realitzaven els tractaments, també es van distribuir de forma homogènia, de manera que els diferents professionals van fer tant el tractament del grup de control (TCC) com el del grup experimental (TCCEM) per tal de no esbiaixar els resultats de la intervenció. No s'han tingut en compte altres variables sociodemogràfiques que en estudis anteriors havien estat rellevants (Lizeretti, 2009).

Taula 6.

Comparació de les variables sociodemogràfiques, lloc de realització i estació dels dos grups en l'avaluació basal

	Grup CONTROL N=60 (50%)	Grup TCCEM N=60 (50%)	Estadístic	gl	p
Edat	49,33 (12,05)	51,25 (10,09)	$t=0,905$	108	0,367
Lloc realització					
Primària	26 (49,1%)	27 (50,9%)	$\chi^2=0,000$	1	0,983
Centre Salut Mental	33 (49,3%)	34 (50,7%)			
Estació					
Tardor	20 (44,4%)	25 (55,6%)	$\chi^2=1,577$	1	0,455
Primavera	38 (51,4%)	36 (48,6%)			

4.3.2. Comparació de les escales dels dos grups a l'avaluació basal

A l'avaluació basal també s'ha realitzat una anàlisi comparativa de les tres escales clíniques de l'estudi (depressió, ansietat i simptomatologia clínica general) entre els dos grups per determinar la presència de diferències significatives entre els resultats estadístics obtinguts de cada escala (vegeu taula 7). Respecte als resultats obtinguts de cada variable, s'observen unes puntuacions semblants i homogènies en ambdós grups en el moment de l'avaluació basal, amb la qual cosa no es detecten diferències estadísticament significatives en cap de les variables clíniques.

Taula 7.

Comparació de la simptomatologia clínica dels grups en l'avaluació basal

Variab líniques	Grup CONTROL N=60	Grup TCCEM N=60	T Student	gl	p
	Mitjana (DT)	Mitjana (DT)			
BDI-II	56.72 (72.251)	47.52 (68.848)	0,694	112	0,498
STAI-E	34,53 (10,181)	36,62 (12,331)	-0,976	109	0,331
STAI-R	36,17 (9,279)	38,20 (11,394)	-1,035	111	0,299
SOMATITZACIÓ	2,2828 (0,69171)	2,3924 (0,66533)	-0,854	110	0,395
OBSESSIÓ- COMPULSIÓ	2,4567 (0,87939)	2,6569 (0,84176)	-1,228	110	0,222
SENSITIVITAT	1,9803 (0,83136)	2,0107 (0,76162)	0,201	110	0,841
DEPRESSIÓ	2,5491 (0,72979)	2,5937 (0,70838)	-0,328	110	0,744
ANSIETAT	2,1031 (0,71291)	2,0667 (0,67296)	0,278	110	0,782

HOSTILITAT	1,8121 (0,82660)	1,9074 (0,84928)	-0,602	110	0,548
FÒBIA	1,3916 (0,93514)	1,6267 (0,92286)	-1,338	110	0,184
PARANOIA	1,8467 (0,78859)	1,9180 (0,81538)	-0,470	110	0,639
PSICOTICISME	1,6851 (0,76560)	1,7917 (0,67498)	-0,779	110	0,438
MISCEL·LÀNIA	1,8271 (0,70293)	1,9394 (0,62315)	-0,893	110	0,374

BDI-II: Beck Depression Inventory – II; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised

De la mateixa manera que s'ha vist en la taula anterior, també s'ha realitzat una anàlisi comparativa de les escales que mesuren les competències adaptatives de l'estudi (satisfacció general amb la vida, intel·ligència emocional, autoestima i *mindfulness*) dels dos grups en la mostra basal per determinar la presència de diferències significatives entre els resultats estadístics obtinguts de cada escala (vegeu taula 8). No s'observen diferències significatives en cap variable excepte en la satisfacció general amb la vida, on es detecta una major puntuació en la mitjana del grup de control (TCC) respecte a la mitjana del grup experimental (TCCEM).

Taula 8.

Comparació de les competències adaptatives dels grups en l'avaluació basal

Competències adaptatives	Grup CONTROL N=60	Grup TCCEM N=60	T Student	gl	p
	Mitjana (DT)	Mitjana (DT)			
SATISFACCIÓ	3,13 (1,112)	2,65 (1,049)	2,389	112	0,019
IE-ATENCIÓ	27,57 (9,939)	24,87 (8,068)	1,679	111	0,096

IE-CLAREDAT	20,44 (7,094)	20,98 (7,141)	-0,404	111	0,687
IE-REPARACIÓ	19,59 (5,940)	19,39 (6,438)	0,175	111	0,861
AUTOESTIMA	23,07 (5,126)	23,42 (5,697)	-0,333	105	0,740
MINDFULNESS OBSERVAR	18,65 (5,556)	17,63 (5,855)	0,902	100	0,369
MINDFULNESS DESCRIURE	17,82 (5,908)	18,96 (6,960)	-0,890	100	0,376
MINDFULNESS ACTUAR	16,76 (6,507)	17,78 (6,074)	-0,818	100	0,415
MINDFULNESS NO JUTJAR	18,33 (6,092)	19,25 (7,110)	-0,703	100	0,484
MINDFULNESS NO	17,16 (6,323)	17,10 (6,469)	0,046	100	0,963
REACTIVITAT					

QLS: Quality of Life Scale; TMMS-24: Trait-Meta Mood Scale – 24; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire

4.4. Resultats de la mostra total

A la taula 9 es mostren els resultats de les tres escales clíniques que mesuren la depressió (BDI-II), el grau d'ansietat (STAI) i la simptomatologia psicològica general (SCL-90-R), respectivament, i sense separar per grups de tractament. Conjuntament amb els resultats de cada escala, es realitza una anàlisi comparativa entre la fase prèvia i la fase posttractament per avaluar el grau de millora de tota la mostra en general, un cop s'ha realitzat el tractament.

En general, el grup total va millorar les seves puntuacions al final dels tractaments en totes les escales de simptomatologia clínica. Veiem que a l'escala de depressió (BDI-II) els resultats van ser significatius ($p=0,020$) en reduir-se en quasi 3 punts al final de la intervenció. A l'escala d'ansietat STAI, es va fer més palesa aquesta diferència significativa en l'STAI-R, el qual avalua els trets ansiosos de la persona ($p=0,004$), que a l'STAI-E, el qual avalua l'estat actual d'ansietat ($p=0,022$).

Pel que fa al SCL-90-R, hi ha una millora significativa a les subescales d'obsessió-compulsió, sensitivitat, depressió, ansietat, fòbia, psicoticisme i també en la suma general de les puntuacions.

Taula 9.

Resultats de les escales clíniques del grup total abans i després del tractament

Variables clíniques	GRUP TOTAL BASAL N= 120	GRUP TOTAL POST N= 91	T Student	gl	p
	Mitjana (DT)	Mitjana (DT)			
BDI-II	23,20 (11,165)	20,34 (11,170)	2,366	90	0,020
STAI-E	35,37 (11,804)	32,29 (13,140)	2,324	88	0,022
STAI-R	37,01 (10,548)	33,07 (12,643)	2,917	90	0,004
SOMATITZACIÓ	2,3431 (0,689)	2,22 (0,746)	1,372	99	0,173
OBSESSIÓ- COMPULSSIÓ	2,5868 (0,859)	2,21 (0,892)	3,197	99	0,002
SENSITIVITAT	2,0194 (0,762)	1,83 (0,815)	2,044	99	0,044
DEPRESSIÓ	2,599 (0,705)	2,34 (0,713)	3,032	99	0,003
ANSIETAT	2,0888 (0,660)	1,90 (0,759)	1,980	99	0,050
HOSTILITAT	1,8748 (0,821)	1,74 (0,812)	1,263	99	0,209
FÒBIA	1,5752 (0,90821)	1,31 (0,798)	2,734	99	0,007

PARANOIA	1,9377 (0,762)	2,01 (2,253)	-0,303	99	0,763
PSICOTICISME	1,7718 (0,686)	1,56 (0,831)	2,031	99	0,045
MISCEL·LÀNIA	1,8914 (0,634)	1,74 (0,815)	1,613	99	0,110

BDI-II: Beck Depression Inventory – II; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised

En l'avaluació de la mostra total, comparant els resultats de les variables de competències adaptatives, observem que les quatre escales avaluades donen resultats significatius de millora (vegeu taula 10). En les tres primeres escales les puntuacions del grup total augmenten (satisfacció amb la vida $p=0,000$, intel·ligència emocional i autoestima), ja que, quan hi ha millora clínica, aquestes competències tenen un resultat més elevat.

A l'avaluació de la variable de **satisfacció** amb la vida ($p=0,000$) i a l'escala **d'autoestima** ($p=0,000$) el resultat és molt semblant a nivell de significació. En el cas de les tres subescales d'intel·ligència emocional, **atenció** ($p=0,001$), **claredat** (0,007) i **reparació** ($p=0,000$), totes tres també denoten una millora de resultat significativa.

En el cas del *mindfulness*, tan sols dues de les escales puntuen amb una millora després del tractament, **observar** ($p=0,004$) i **actuar** ($p=0,021$). Com que aquesta és una de les variables que es treballa més dins un dels grups, serà important besllumar la comparació entre grups i intragrupos per saber si són competències que milloren, però que en l'avaluació basal no es percep.

Taula 10.

Comparació de les competències adaptatives del grup total en l'avaluació basal i després del tractament

Variables clínicas	GRUP TOTAL BASAL N= 120	GRUP TOTAL POST N= 91	T Student	gl	p
	Mitjana (DT)	Mitjana (DT)			

SATISFACCIÓ	2,97 (1,088)	3,85 (1,188)	-8,810	92	0,000
IE-ATENCIÓ	27,39 (9,149)	23,94 (8,140)	3,504	89	0,001
IE-CLAREDAT	21,20 (7,175)	23,14 (6,599)	-2,747	89	0,007
IE-REPARACIÓ	19,30 (5,886)	22,89 (7,135)	-5,151	89	0,000
AUTOESTIMA	23,19 (5,248)	25,60 (5,172)	-4,986	87	0,000
MINDFULNESS OBSERVAR	18,18 (5,784)	20,11 (6,287)	-3,004	81	0,004
MINDFULNESS DESCRIURE	18,01 (6,028)	18,96 (5,215)	-1,639	79	0,105
MINDFULNESS ACTUAR	17,17 (6,018)	18,44 (6,137)	-2,348	81	0,021
MINDFULNESS NO	16,82 (6,502)	17,93 (5,406)	-1,909	81	0,060
REACTIVITAT					
MINDFULNESS NO JUTJAR	18,83 (6,556)	19,35 (6,215)	-0,779	81	0,438

QLS: Quality of Life Scale; TMMS-24: Trait-Meta Mood Scale – 24; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire

4.4.1. Pèrdues de la mostra

Un cop realitzat el tractament, observem la taxa d'abandonaments que hi ha hagut en ambdós grups. A l'inici de la intervenció hi ha pèrdues mostrals tan sols en el grup de control (TCC n=5) ja que no s'aconsegueix avaluar algunes de les participants que comencen el tractament (no retornen la bateria de tests i qüestionaris). Durant el tractament també es produeixen pèrdues, explicades per abandonament del procés, pel no retorn de la bateria de tests d'avaluació posttractament o per invalidació de les respostes dels qüestionaris. Al final del tractament la mostra total és de 91 participants, amb la qual cosa hi ha hagut 29 participants entre els dos grups (TCC n=19; TCCEM n=10) que no l'han seguit.

Els resultats de l'anàlisi del nombre de pèrdues entre els dos grups de tractament no són significatives ($\chi^2=2,672$, $gl= 2$, $p= 0,263$).

4.5. Avaluació de les escales inter-grups

En aquest apartat de l'avaluació es comparen els resultats dels pacients que varen participar tant en el grup de control (TCC) com en el grup experimental (TCCEM). A la taula 11 podem observar uns resultats pretractament i posttractament dels dos grups on no destaquem diferències significatives. Descubrim que ambdós grups milloren aquestes variables després d'haver realitzat els tractaments respectius, però aquestes millores resulten força semblants, sense demostrar una evolució major per part d'un dels dos grups.

Taula 11.

Anàlisi de la variança al model lineal de mesures repetides en les escales clíniques

	TCC		TCCEM		F	p	η^2	P
	Mitjana (DT)	Mitjana (DT)	Mitjana (DT)	Mitjana (DT)				
	PRE N=60	POST N=41	PRE N=60	POST N=50				
BDI-II	23,40 (10,459)	21,28 (10,804)	22,95 (12,097)	19,20 (11,630)	0,392	0,533	0,004	0,095
STAI-E	36,22 (13,663)	34,34 (14,046)	34,65 (10,041)	30,54 (12,190)	1,370	0,245	0,016	0,212
STAI-R	37,71 (12,072)	36,19 (14,390)	36,41 (9,129)	30,39 (10,342)	3,113	0,028	0,034	0,415
SOMATITZACIÓ	2,295 (0,707)	2,285 (0,664)	2,391 (0,722)	2,149 (0,851)	0,027	0,870	0,000	0,053
OBSESSIÓ- COMPULSIÓ	2,721 (0,854)	2,106 (0,981)	2,477 (0,872)	2,362 (0,847)	0,002	0,966	0,000	0,050
SENSITIVITAT	2,061 (0,753)	1,818 (0,766)	1,977 (0,800)	1,866 (0,713)	0,020	0,887	0,000	0,052

DEPRESSIÓ	2,694 (0,713)	2,242 (0,760)	2,569 (0,699)	2,478 (0,653)	0,301	0,585	0,003	0,084
ANSIETAT	2,178 (0,645)	1,771 (0,787)	2,078 (0,674)	2,015 (0,701)	0,416	0,521	0,005	0,098
HOSTILITAT	2,012 (0,835)	1,693 (0,900)	1,804 (0,801)	1,839 (0,736)	0,060	0,808	0,001	0,057
FÒBIA	1,636 (0,975)	1,385 (0,815)	1,475 (0,905)	1,194 (0,779)	1,377	0,244	0,015	0,213
PARANOIA	2,036 (0,772)	2,302 (3,275)	1,903 (0,746)	1,870 (0,766)	1,410	0,238	0,015	0,217
PSICOTICISME	1,823 (0,662)	1,543 (0,821)	1,721 (0,728)	1,599 (0,851)	0,038	0,847	0,000	0,054
MISCEL·LÀNIA	1,954 (0,652)	1,555 (0,832)	1,830 (0,648)	1,804 (0,816)	0,076	0,783	0,001	0,59

BDI-II: Beck Depression Inventory – II; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised

Les úniques variables que podem destacar és l'ansietat com a tret (STAI-R) que mostra una millora significativa del grup experimental respecte al grup de control (vegeu figura 2), ja que la mitjana disminueix en 6 punts (de 36,41 a 30,49) en el grup experimental, mentre que al grup de control la disminució no arriba a 2 punts en aquesta escala (de 37,71 a 36,19). Per tant, trobem que hi ha una diferència estadísticament significativa en aquesta variable ($p=0,028$).

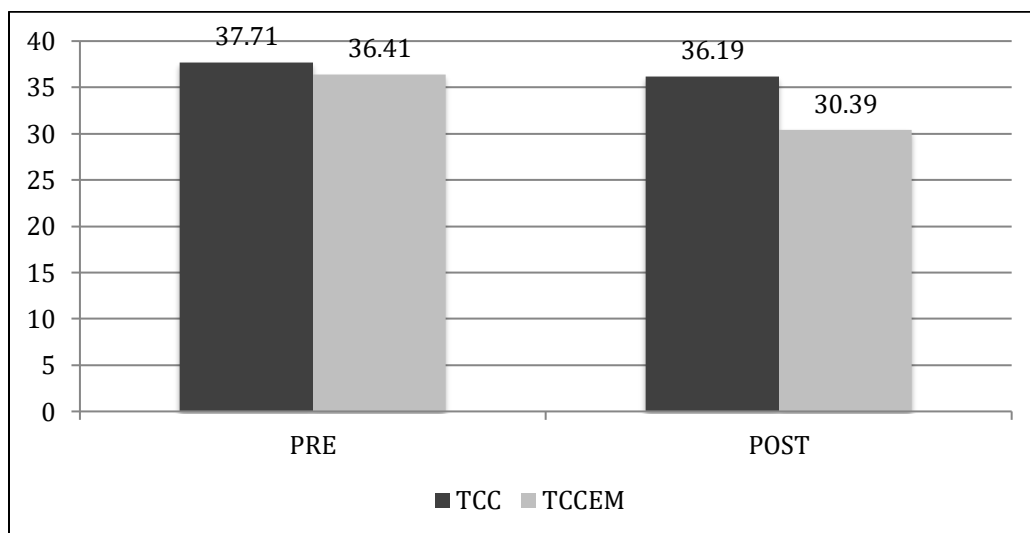


Figura 2. Mitjana de les puntuacions pre-post entre grups al STAI-R en els grups TCC i TCCEM.

En l'anàlisi de la varianza de les escales de competències adaptatives (vegeu taula 12) observem que les puntuacions esdevenen força homogènies. Comparant els resultats pretractament i posttractament dels dos grups (TCC i TCCEM), no destaquem diferències significatives. Ambdós grups milloren les diferents variables un cop realitzat el tractament; però aquesta millora no esdevé una gran diferència entre un grup i l'altre.

Taula 12.

Anàlisi de la varianza al model lineal de mesures repetides en les escales de competències adaptatives

	TCC		TCCEM		F	p	η^2	P
	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana				
	(DT)	(DT)	(DT)	(DT)				
	PRE	POST	PRE	POST				
SATISFACCIÓ	3,02 (1,140)	4,02 (1,304)	2,90 (1,031)	3,64 (1,008)	1,311	0,255	0,014	0,205
IE-ATENCIÓ	29,40 (9,452)	24,34 (8,014)	24,88 (8,191)	23,45 (8,370)	3,133	0,080	0,034	0,417
IE-CLAREDAT	21,26 (7,216)	23,52 (6,370)	21,13 (7,215)	22,68 (6,926)	0,146	0,703	0,002	0,066
IE-REPARACIÓ	19,60 (5,761)	23,60 (7,368)	18,93 (6,091)	22,00 (6,820)	0,902	0,345	0,010	0,156
AUTOESTIMA	23,06 (5,211)	25,96 (5,529)	23,37 (5,360)	25,13 (4,691)	0,066	0,798	0,001	0,057
MINDFULNESS OBSERVAR	18,98 (5,675)	19,70 (6,360)	17,26 (5,848)	20,58 (6,254)	0,127	0,723 0,043	0,002 0,05	0,064 0,52
INTRA								
MINDFULNESS DESCRIURE	17,91 (6,043)	18,21 (5,734)	18,14 (6,093)	19,84 (4,457)	0,681	0,412	0,009	0,129
MINDFULNESS ACTUAR	17,09 (6,298)	17,14 (5,040)	17,26 (5,760)	19,95 (6,089)	1,474	0,228 0,014	0,18 0,07	0,224 0,7
INTRA								
MINDFULNESS NO JUTJAR	19,30 (6,876)	19,32 (6,455)	18,29 (6,212)	19,39 (6,011)	0,002	0,967	0,000	0,051

MINDFULNESS NO	16,86	17,36	16,76	18,58	0,156	0,694	0,002	0,068
REACTIVITAT	(6,393)	(5,499)	(6,712)	(5,295)				

QLS: Quality of Life Scale; TMMS-24: Trait-Meta Mood Scale – 24; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire

Només en els ítems de l'escala de *mindfulness* observar ($p=0,043$) i actuar ($p=0,014$) s'obtenen resultats significatius a nivell intragrup (vegeu figures 3 i 4).

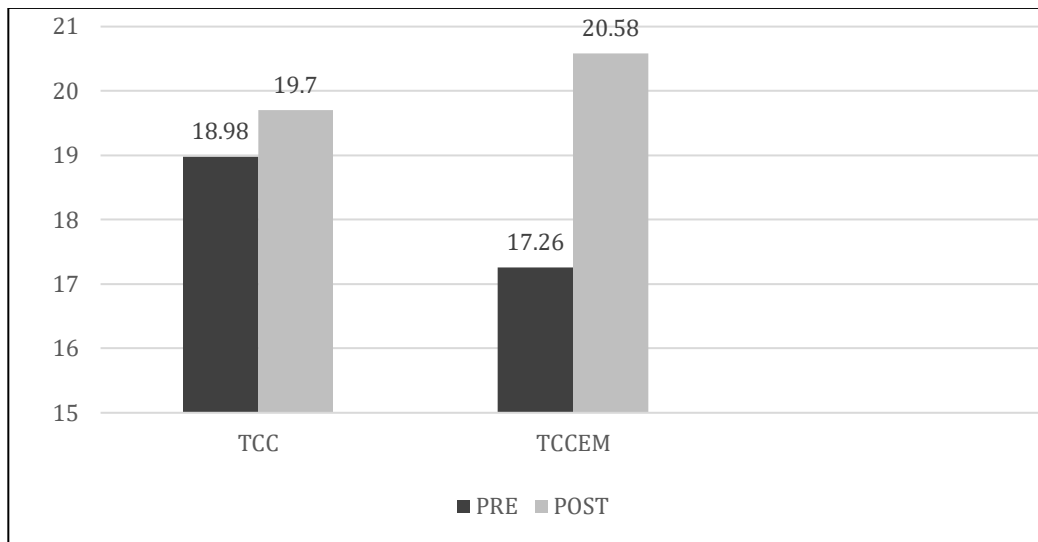


Figura 3. Mitjana de les puntuacions en el FFMQ a l'escala observar.

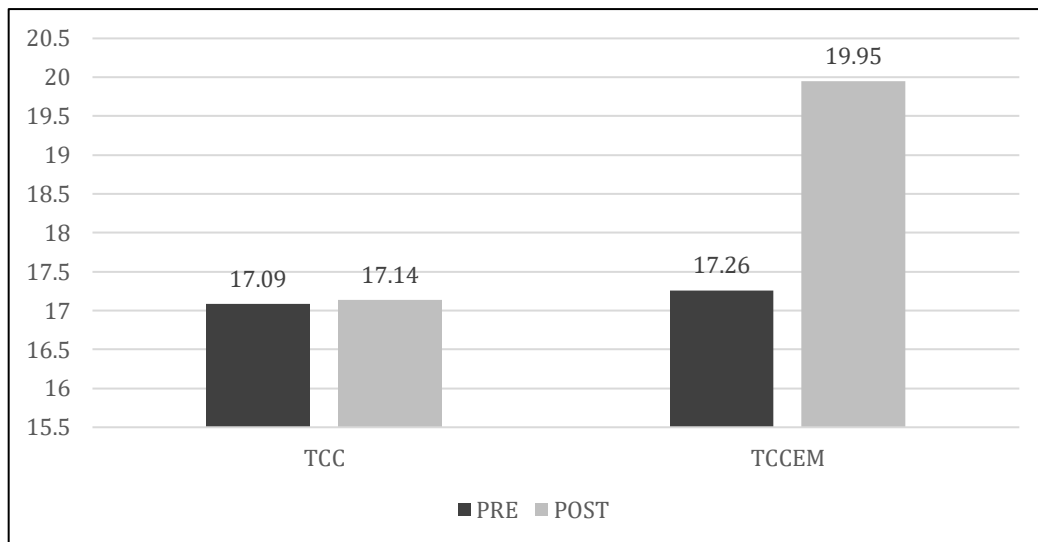


Figura 4. Mitjana de les puntuacions en el FFMQ a l'escala actuar.

4.6. Avaluació de les escales dintre els grups

A l'apartat següent s'avaluen els resultats de les diferents variables dins cada grup. S'ha utilitzat la prova T-Student per comparar els resultats pre i post de cada grup per separat (vegeu taula 13).

El primer resultat a destacar en les escales clíniques és que, tot i que els dos grups milloren en la variable depressió, el grup TCCEM ($p=0,014$) té una millora significativa respecte al grup de control ($p=0,257$). Aquesta diferència en el sentit que el grup TCCEM presenta una millora significativa, també la trobem en les subescales d'ansietat STAI-E ($p=0,021$) i STAI-R ($p=0,000$) i en algunes subescales del SCL-90-R (obsessió-compulsió, sensitivitat, depressió, ansietat, psicoticisme i miscel·lània). A la figura 5 s'observen les evolucions de les escales de depressió i ansietat i es detecta que la millora més gran és la de la subescala STAI-R en el grup TCCEM.

Taula 13.

Comparació T de Student dels dos grups per separat en les escales clíniques

	Mitjana (DT) PRE	Mitjana (DT) POST	t-student	gl	p
BDI-II					
TCC	23,40 (10,459)	21,28 (10,804)	1,148	49	0,257
TCCEM	22,95 (12,097)	19,20 (11,630)	2,561	40	0,014
ANSIETAT ESTAT I TRET					
STAI-E					
TCC	36,22 (13,663)	34,34 (14,046)	0,911	40	0,368
TCCEM	34,65 (10,041)	30,54 (12,190)	2,390	47	0,021
STAI-R					
TCC	37,71 (12,072)	36,19 (14,390)	4,189	48	0,524
TCCEM	36,41 (9,129)	30,39 (10,342)	0,643	41	0,000
SCL-90					
SOMATITZACIÓ					
TCC	2,303 (0,702)	2,28 (0,658)	0,188	48	0,852
TCCEM	2,381 (0,681)	2,16 (0,824)	1,606	50	0,115
OBSESSIÓ/ COMPULSIÓ					

Assaig clínic d'un tractament grupal en dones amb depressió a la sanitat pública:
Projecte PROM-SA·D

TCC	2,5 (0,878)	2,07 (0,926)	0,851	48	0,399
TCCEM	2,67 (0,84)	2,36 (0,34)	3,758	50	0,000
SENSITIVITAT					
TCC	1,992 (0,798)	1,86 (0,706)	0,972	48	0,359
TCCEM	2,045 (0,734)	1,80 (0,729)	2,011	50	0,050
DEPRESSIÓ					
TCC	2,599 (0,695)	2,46 (0,655)	1,135	48	0,262
TCCEM	2,599 (0,721)	2,22 (0,751)	3,130	50	0,003
ANSIETAT					
TCC	2,079 (0,667)	2,00 (0,707)	0,626	48	0,534
TCCEM	2,098 (0,659)	1,80 (0,800)	2,112	50	0,040
HOSTILITAT					
TCC	1,83 (0,814)	1,82 (0,744)	0,079	48	0,937
TCCEM	1,917 (0,833)	1,66 (0,874)	1,756	50	0,085
FÒBIA					
TCC	1,478 (0,896)	1,21 (0,776)	1,991	48	0,052
TCCEM	1,668 (0,918)	1,40 (0,815)	1,864	50	0,068
PARANOIA					
TCC	1,911 (0,741)	1,85 (0,772)	0,405	48	0,687
TCCEM	1,962 (0,788)	2,17 (3,070)	-0,440	50	0,662
PSICOTICISME					
TCC	1,720 (0,720)	1,60 (0,843)	0,745	48	0,460
TCCEM	1,820 (0,656)	1,53 (0,826)	2,334	50	0,024
MISCEL·LÀNIA					
TCC	1,837 (0,643)	1,84 (0,808)	-0,032	48	0,975
TCCEM	1,943 (0,628)	1,64 (0,816)	2,388	50	0,021

BDI-II: Beck Depression Inventory – II; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised

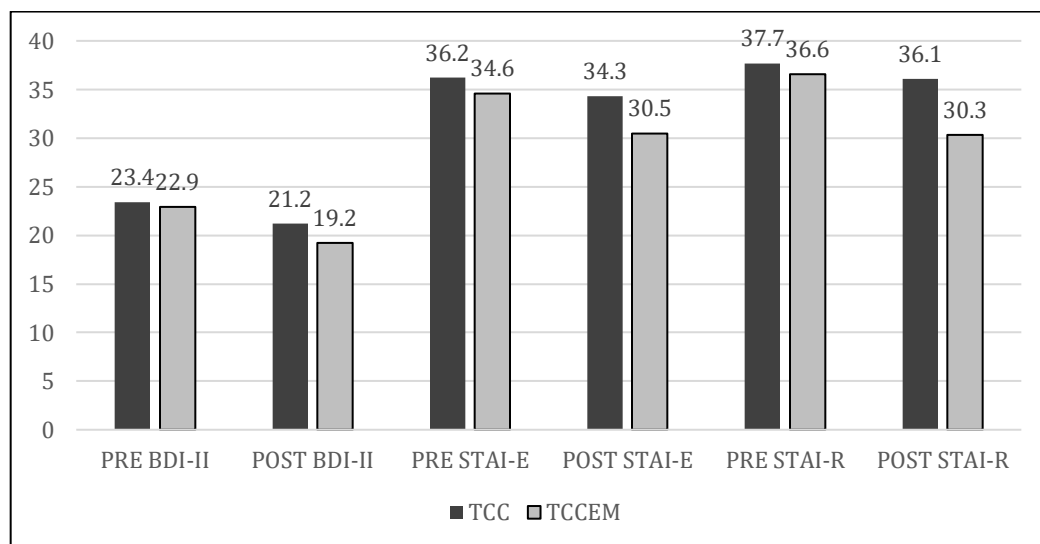


Figura 5. Mitjanes de les puntuacions intragrup de les escales BDI-II, STAI-E i STAI-R.

A l'anàlisi dels resultats en els grups pel que fa a les variables de les competències adaptatives s'han trobat diferències significatives importants en la majoria de les escales (vegeu taula 14). Observem que en les tres primeres escales adaptatives (satisfacció, intel·ligència emocional i autoestima) els dos grups han obtingut puntuacions significatives, excepte el grup TCCEM en la subescala atenció, que no ha obtingut significació (vegeu figura 4).

En canvi, en les subescales de *mindfulness*, només el grup TCCEM ha obtingut puntuacions significatives (observar $p=0,001$; descriure $p=0,022$; actuar $p=0,000$; no jutjar $p=0,025$). L'única subescala que no ha obtingut una millora significativa en cap dels dos grups ha estat l'escala no reactivitat.

Taula 14.

Comparació T de Student dels dos grups per separat en les escales de competències adaptatives

	Mitjana (DT) PRE	Mitjana (DT) POST	t-student	gl	p
SATISFACCIÓ					
TCC	3,02 (1,140)	4,02 (1,304)	-6,216	50	0,000
TCCEM	2,90 (1,031)	3,64 (1,008)	-7,196	41	0,000
INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL					
ATENCIÓ					
TCC	29,40 (9,452)	24,34 (8,014)	3,592	49	0,001
TCCEM	24,88 (8,191)	23,45 (8,370)	1,108	39	0,275
CLAREDAT					
TCC	21,26 (7,216)	23,52 (6,370)	-2,007	49	0,050
TCCEM	21,13 (7,215)	22,68 (6,926)	-2,048	39	0,047
REPARACIÓ					
TCC	19,60 (5,761)	23,60 (7,368)	-3,654	49	0,001
TCCEM	18,93 (6,091)	22,00 (6,820)	-3,977	39	0,000
AUTOESTIMA					
TCC	23,06 (5,211)	25,96 (5,529)	-4,273	49	0,000
TCCEM	23,37 (5,360)	25,13 (4,691)	-2,632	37	0,012
MINDFULNESS					
OBSERVAR					
TCC	18,98 (5,675)	19,70 (6,360)	-0,813	43	0,420
TCCEM	17,26 (5,848)	20,58 (6,254)	-3,776	37	0,001

DESCRIURE					
TCC	17,91 (6,043)	18,21 (5,734)	-,342	43	0,734
TCCEM	18,14 (6,093)	19,84 (4,457)	-2,401	37	0,022
ACTUAR					
TCC	17,09 (6,298)	17,14 (5,940)	-0,055	43	0,957
TCCEM	17,26 (5,760)	19,95 (6,089)	-4,537	37	0,000
NO JUTJAR					
TCC	16,86 (6,393)	17,36 (5,499)	-0,590	43	0,558
TCCEM	16,76 (6,712)	18,58 (5,295)	-2,336	37	0,025
NO REACTIVITAT					
TCC	19,30 (6,876)	19,32 (6,455)	-0,029	43	0,977
TCCEM	18,29 (6,212)	19,39 (6,011)	-0,968	37	0,339

A la figura següent s'observen les diferències de resultats entre els dos tractaments en la subescala atenció de la variable intel·ligència emocional. És l'única escala en què el tractament TCC és significatiu sobre les puntuacions del tractament TCCEM, que no ho són.

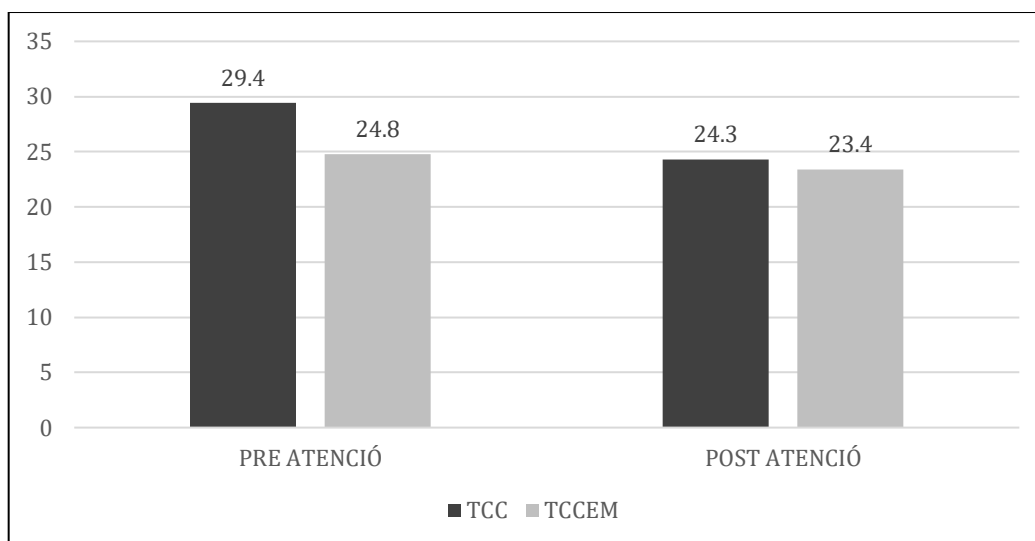


Figura 6. Mitjanes de les puntuacions intragrup de l'escala atenció d'intel·ligència emocional.

A la figura 7 es presenten les puntuacions de les 4 subescales de la variable *mindfulness* que han resultat significatives. En aquest cas, només les puntuacions del tractament TCCEM resulten significatives, mentre que les del grup TCC no experimenten un gran canvi o es mantenen amb puntuacions semblants.

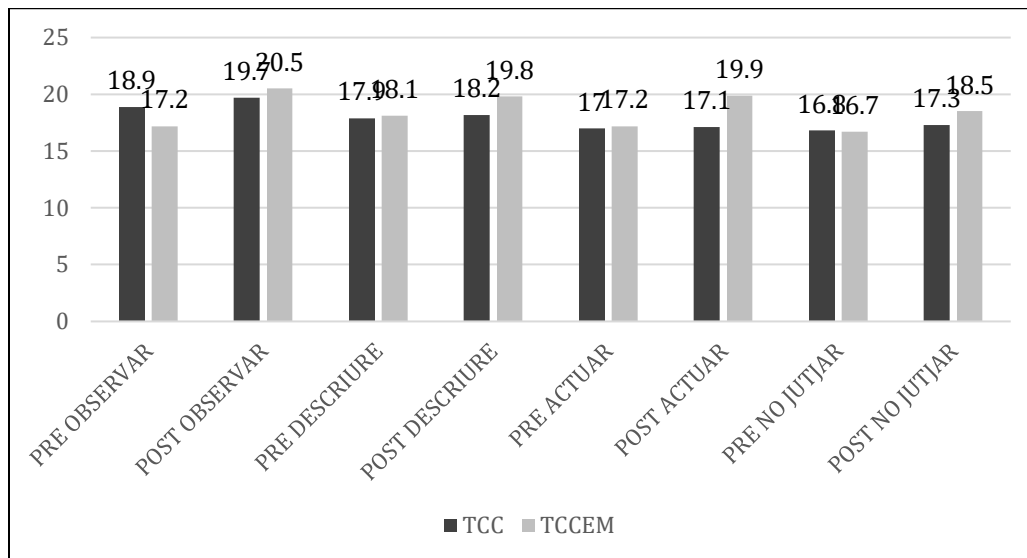


Figura 7. Mitjanes de les puntuacions intragrup de les 4 subescales de *mindfulness* amb puntuacions significatives.

Pel que fa a l'escala d'avaluació del vincle terapèutic (WATOICI), s'ha comprovat que no hi ha diferències significatives entre els dos grups de tractament. S'observa aleshores que en les diferents subescales avaluades per aquest instrument, Tasques ($p=0,616$), Vincle ($p=0,206$), Fites ($p=0,564$) i Canvi ($p=0,073$), no hi ha un resultat que constati que en un tractament es doni un major vincle en un que en l'altre.

5. Discussió

5.1. Participants

5.2. L'avaluació basal

5.3. Els resultats de l'avaluació i la comparació entre els grups

5.4. Comparació dels resultats entre el grup de control i el grup experimental

5.5. Eficàcia del TCCEM amb els grups diagnòstics

5. Discussió

En el capítol present es revisen i es comenten els resultats obtinguts a la llum de les investigacions més rellevants en aquest àmbit. Aquesta interpretació segueix una estructura paral·lela als resultats presentats a l'apartat anterior: l'avaluació basal, els resultats entre grups i els que són dintre els grups.

5.1. Participants

El nombre total de participants seleccionats durant la fase prèvia del tractament va ser de 203, entre els quals s'inclouen les 120 participants que componen la mostra total de l'estudi, i un total de 83 persones que es van excloure o no van arribar a entrar-hi. Els diversos criteris pels quals una part dels reclutats va ser exclosa de l'estudi són: No superaven el criteri clínic preestablert a l'inici de la investigació; no van seguir les indicacions que se'ls demanava per omplir els diversos tests, qüestionaris i/o el consentiment informat a l'inici del procés, amb la qual cosa no es podia registrar cap tipus de dada ni tampoc no es tenia autorització per fer-ho; rebutjaven obertament participar a la investigació tot i rebre el tractament. Alguns dels primers participants, un cop acabat el tractament, sol·licitaven seguir-lo altre cop, amb la qual cosa se'ls incloïa novament en un grup de tractament.

Cal deixar constància que el conjunt dels 83 participants exclosos de la investigació va poder beneficiar-se del tractament, tot i que els resultats de la seva evolució no es van utilitzar a l'estudi. El motiu principal va ser que, al treballar en un context de sanitat pública, els diferents serveis de psiquiatria i/o metges de capçalera van derivar molts casos que mostraven símptomes depressius a participar a la investigació, tot i que molts d'ells no superaven els criteris d'inclusió. D'aquesta manera, el reclutament de participants va ser elevat, però un cop fet el cribratge clínic, tan sols 120 persones van poder formar part de la mostra. Per aquest motiu, es va considerar que per aspectes ètics les persones excloses tinguessin l'oportunitat de realitzar el tractament, tot i no incloure els seus resultats ja que esbiaixaven la mostra.

D'aquest grup de 83 participants exclosos destaquem que una part va iniciar i completar el tractament malgrat ser descartats en el reclutament, mentre que l'altra part no va iniciar el tractament per diferents motius: incompatibilitat amb horari laboral, no vinculació amb el format de grup de tractament, no es veuen preparats per iniciar aquest tipus d'intervenció o procés de canvi, o prefereixen un format terapèutic individual. En contrast amb la situació

succeïda a l'estudi de Sharp, Power, & Swanson (2004) en què la majoria dels participants va optar per sol·licitar un tractament de format individual respecte al de format grupal, en el present estudi tan sols el 13% dels participants reclutats refusen obertament la modalitat grupal de tractament. Malgrat això, és plausible que alguns dels participants que van abandonar el tractament durant la fase d'intervenció ho fessin per aquest motiu.

Finalment, de la mostra de 120 dones, 91 participants (75,83% de la mostra) van finalitzar el tractament d'ambdós grups. El volum de la mostra de la nostra investigació no és considerat petit (<40 subjectes) per algunes metanàlisis (Hunot et al., 2013). El volum és semblant al d'altres estudis d'eficàcia de tractament grupal (Conradi, Bos, Kamphuis, & De Jonge, 2017; Lizeretti, 2009; Mergl et al. 2018). Es va considerar una taxa de pèrdues de seguiment del 40% tenint present la pèrdua de la mostra previsible en la literatura consultada (Lizeretti, 2009; Sharp, Power, & Swanson, 2004). Les pèrdues mostrals obtingudes (24,17% de la mostra total) són millors que les esperades a l'inici de la investigació i també millors que les assolides en altres estudis (Espie et al., 2007), atès que han esdevingut aproximadament la meitat del que era esperable. A la xifra de pèrdues de la mostra trobem que el 65,52% de les participants que abandonen el tractament pertanyen al grup TCC, mentre que el 34,48% restant de les participants són del grup TCCEM. Per tant, tot i no ser conclouent, podem deduir que hi ha una major adhesió al tractament experimental, malgrat que no és estadísticament significativa aquesta diferència.

La distribució de la mostra quant a l'edat és homogènia, amb unes mitjanes força aproximades entre el grup TCC i el grup TCCEM. Per aquest motiu l'edat no resulta una variable significativa. No obstant això, la mitjana d'edat de la mostra fa palès que el tractament de la depressió pot resultar més complicat per característiques neurobiològiques i per la comorbiditat amb malalties físiques quan més avançada sigui l'edat de la persona, amb la qual cosa és més freqüent trobar població amb depressió amb edat propera a la mitjana basal de la mostra (Naismith et al., 2012).

La distribució dels dos grups en l'avaluació basal tampoc no ha resultat significativa en les variables de l'estació de l'any en què s'ha realitzat (fet rellevant ja que, sobretot, la simptomatologia depressiva varia segons aquest fet), ni tampoc del centre de salut d'on provenen les participants.

Tot i no haver-se tingut en compte, com a variable d'estudi, una gran part de la mostra de participants reclutades presentava comorbiditat amb altres malalties cròniques, amb la qual cosa s'observa que la depressió sovint va associada a altres trastorns o malalties (Dupuy & Ladoceur, 2008; Katon et al., 2007; Moussavi et al., 2007; Roy-Byrne et al., 2008).

5.2. L'avaluació basal i els resultats en tot el grup

En aquest estudi s'ha trobat rellevant dur a terme l'avaluació dels resultats de tot el grup en general per saber què ha millorat, abans de comparar les millores de cada grup per separat. Això no respon a un objectiu concret de la Tesi, ja que un dels objectius principals és comparar els dos grups entre si. No obstant això, s'ha trobat interessant veure l'evolució de la mostra completa que ha estat en tractament, ja que en aquest estudi estem comparant dos tractaments diferents i potencialment eficaços. Així doncs, el nostre tractament experimental es compara amb un altre que ja ha demostrat la seva eficàcia, el de la TCC, el qual resulta ser una de les principals eleccions psicoterapèutiques per al tractament del trastorn que ens ocupa. La interpretació dels resultats de tota la mostra ens permet copsar què ha fet que millori el grup total i què ha provocat que millori un grup en concret.

La distribució de les diferents variables presenta resultats homogenis, tant en les escales clíniques com en les competències adaptatives. Entenem que els dos grups parteixen de puntuacions semblants i això ens facilita poder veure l'evolució i diferència que hi ha entre els dos tractaments al llarg dels mesos que dura el procés. Tan sols en una de les escales que mesura les competències adaptatives, la satisfacció general amb la vida (QOL), la mitjana basal del grup experimental resulta significativament més petita que la del grup control, atès que les puntuacions de cada grup es troben en rangs diferents l'una de l'altra. Per tant, el grup de control TCC parteix amb una puntuació més elevada només en aquest ítem.

En resum, les variables valorades a l'avaluació basal de l'estudi són en general molt homogènies i semblants a altres estudis anàlegs i metanàlisis (Ruiz-Rodríguez et al., 2018).

En els resultats de les escales clíniques en la **mostra total**, les tres variables milloren significativament, amb la qual cosa es ratifica l'efecte positiu de rebre tractament psicoterapèutic (Cuijpers et al., 2008; Goldberg et al., 2018; McHugh et al., 2013). Entre aquestes millores, trobem un canvi significatiu en depressió i ansietat. Els trastorns avaluats per aquestes escales es presenten normalment de forma comòrbida, de manera que és possible que les persones que pateixen depressió o un trastorn de l'estat d'ànim puguin arribar a desenvolupar simptomatologia ansiosa (Alonso et al., 2004a; Epstein et al., 2010; Jorm et al., 2013; Kessler et al., 2015; Wang et al., 2007). Per tant podem deduir que hi ha una relació entre la reducció d'ambdós símptomes.

Observem que, en el cas de la depressió, la puntuació es redueix (la qual cosa significa que hi ha signes de millora) al final de la intervenció. Aquest efecte de millora de la simptomatologia depressiva en un procés terapèutic grupal coincideix amb estudis anteriors

que han obtingut els mateixos resultats, tant pel que fa a grups de tractament TCC com a grups basats en MBCT (Goldberg et al. 2018; Twomey et al., 2015). Malgrat això, les mitjanes de la simptomatologia depressiva indiquen que la millora no és prou significativa a nivell clínic perquè les puntuacions hagin canviat de rang en el test, vist que la mitjana del BDI-II en el posttractament es manté dins el rang de depressió moderada (puntuacions compreses entre 19-27 en la versió espanyola).

A les diferents subescales clíniques del SCL-90-R, observem que la meitat d'elles puntuen de forma significativa (**depressió, ansietat, obsessió-compulsió, sensitivitat, fòbia, psicoticisme**). Podem observar que la majoria d'aquestes escales clínicament guarden relació amb les altres dues variables avaluades (depressió i ansietat), així doncs el tractament ajuda a millorar i reduir significativament i amb més intensitat aquesta simptomatologia en concret. Aquests resultats en aquesta variable clínica coincideixen amb els resultats obtinguts per Yagüe et al. (2016) segons els quals la implementació del tractament amb *mindfulness* millorava significativament les puntuacions del SCL-90.

Pel que fa a les escales de les competències adaptatives en la mostra total, detectem que les quatre variables mesurades milloren significativament. Aquests resultats poden reafirmar que el tractament psicoterapèutic del trastorn ansiosodepressiu afavoreix aspectes com l'autoestima (Pack & Condren, 2014).

El grau de satisfacció general amb la vida s'ha considerat un factor de manteniment del trastorn i també un indicador d'eficàcia del tractament. En aquest sentit, sembla que el malestar que generen els símptomes i/o problemes associats al trastorn en estudi submergeix els pacients en un estat d'insatisfacció vital, el qual ha estat identificat en nombrosos estudis (Mancuso et al., 1993; Stein & Heimberg, 2004; Yonkers et al., 2000).

Paral·lelament a això, s'ha assenyalat que les persones amb una baixa reparació, reduïda capacitat de comprensió (claredat) o una excessiva atenció de les emocions, com és la nostra població d'estudi, poden presentar una baixa satisfacció amb la vida. Tanmateix, una atenció excessiva en les emocions està associada negativament amb la satisfacció de la vida (Bastian et al., 2005; Cabello et al., 2006; Extremera, Durán, & Rey, 2007). En la mostra total abans del tractament, apareixen afectades les variables de claredat i reparació, coincidint amb investigacions prèvies fetes amb població clínica que té trastorns d'ansietat (Lizeretti, 2009).

Si observem els ítems que mesuren les variables de *mindfulness*, podem besllumar que la mostra total millora significativament en només dues de les cinc facetes avaluades (**observar i actuar**). Tot i que no totes les subescales d'atenció plena hagin millorat significativament, podem concloure que l'entrenament i la pràctica del *mindfulness* durant el tractament ha

facilitat que les participants puguin treballar l'observació de la pròpia experiència de manera que aquesta pugui ser terapèutica per a la persona (Watkins & Teasdale, 2004), per la qual cosa, l'ítem observació ha millorat respecte a la mitjana en la preintervenció. De la mateixa manera, la pràctica del *mindfulness* ajuda a dirigir l'atenció cap a les activitats que es fan a cada moment i a actuar de manera conscient, aconseguint reduir així la rumiació (Chambers, Lo, & Allen, 2008). Per tant, s'interpreta que aquest treball contribueix perquè s'incrementi la capacitat d'actuar amb consciència respecte a la preintervenció.

5.3. Discussió dels resultats de les escales clíniques a l'avaluació i la comparació entre els grups

En ambdós grups es dona una reducció de la simptomatologia clínica a nivell general, tant en el nivell de depressió, com en el d'ansietat, coincidint amb les investigacions de Santoft et al. (2019), Goldberg et al. (2018) i Farb et al. (2018), els quals afirmen que el tractament psicològic té una influència sobre aquestes variables i les millora. També trobem coincidències d'aquests resultats amb els estudis de Manigascar et al. (2011), en què la comparació d'un grup de tractament TCC respecte al tractament en MBCT comportava resultats semblants al final de la intervenció. De totes maneres, l'única diferència que s'observa entre els dos grups de tractament de forma significativa és en la variable ansietat tret, que es redueix més en el grup TCCEM. Aquest fet s'interpreta en el sentit que tant el *mindfulness* com les estratègies emocionals produeixen canvis que tenen relació amb el tret més que amb l'estat i en la situació purament actual, com hem pogut observar en altres estudis (Tang, Hölzel & Posner, 2015). La pràctica de l'atenció plena en el moment present pot comportar canvis que redueixen la tendència a respondre amb ansietat davant les circumstàncies de l'entorn. Tanmateix es constaten les afirmacions dels estudis de Sundquist et al., (2015), els quals defensen que la teràpia de grup basada en l'atenció plena és tan efectiva com la TCC en l'alleujament dels símptomes de salut mental en pacients d'atenció primària amb depressió i ansietat.

5.4. Discussió dels resultats de les escales clíniques a l'avaluació i la comparació intragrups

En relació amb els resultats obtinguts entre l'avaluació basal i el posttractament entre els dos grups per separat, ambdós han millorat però només s'arriba a la significació clínica en depressió, ansietat (estat i tret) i diverses variables de la simptomatologia clínica (obsessió-compulsió, sensibilitat, depressió, ansietat, psicoticisme) en el grup experimental TCCEM.

Aquest fet sobta moltíssim ja que s'ha demostrat en molts estudis anteriors l'eficàcia de la TCC (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Cuijpers, 1997; Hersen & Sturmey, 2012; Hedman, Ljótsson, & Lindefors, 2012; Hegerl et al., 2010; Hollon & Ponniah, 2000; Miranda et al., 2006; NICE 2018; Sanz & Vázquez, 1995).

Una de les possibles reflexions que es poden extreure és que, malgrat que els terapeutes realitzaven els dos tipus d'intervenció indistintament, la motivació i predisposició per dur a terme un tractament emocional i basat en consciència plena pot haver afavorit aquests resultats. De tota manera, aquesta possible inclinació per part dels terapeutes per un model d'intervenció o un altre no afecta significativament el vincle amb les pacients, atès que els resultats observats a l'escala que avalua el vincle terapèutic són homogenis i no descobreixen cap superioritat d'un grup sobre l'altre.

A més a més, el tipus de dinàmiques treballades dins el grup experimental, com és l'entrenament en *mindfulness*, i les diferents estratègies emocionals, poden afavorir també la motivació de les pacients, de manera que se sentin més predisposades al canvi, la qual cosa afecta la seva simptomatologia clínica.

Tot i aquesta valoració, com s'ha dit en un inici, ambdós grups milloren i redueixen la seva simptomatologia, però se sosté que caldria una continuació i/o seguiment per mantenir aquesta evolució positiva. S'interpreta que, d'aquesta manera, no tan sols les participants dels dos grups seguirien millorant, sinó que probablement aquestes millores serien significatives a cada grup per separat.

5.5. Discussió dels resultats de les competències adaptatives a l'avaluació i la comparació entre els grups

Després de la valoració dels resultats de les escales clíniques, es comenten els resultats obtinguts de les escales de competències adaptatives.

Observant els resultats, veiem que la tendència de les puntuacions, tant del grup de Aquestes millores, però, no són significatives entre els dos grups excepte en les dues subescales observar i actuar de *mindfulness* en l'evolució de les pacients individualment dins el grup de tractament TCCEM, que és superior a l'evolució de les pacients en el grup TCC (resultat intragrup). Aquests resultats concorden amb alguns dels estudis esmentats a l'apartat teòric,

que sostenen que el treball en atenció plena millora les variables d'observar i actuar amb consciència (Goldberg et al., 2018; Tickell et al., 2019).

En un principi es contemplava la millora significativa del grup TCC només en les variables clíniques i una millora en les competències adaptatives. El motiu va ser que en aquest grup no es treballaven aquestes competències o amb algunes d'elles tan sols es feia indirectament. Malgrat això, els resultats mostren una evolució positiva d'aquestes competències també en el grup de control. Aquest canvi s'interpreta perquè, gràcies a l'evolució positiva de la simptomatologia depressiva i ansiosa, s'afavoreix indirectament el canvi de competències com l'autoestima o la satisfacció amb la vida. Així com s'ha demostrat en diferents estudis que el no tractament dels trastorns de l'estat d'ànim i de l'ansietat pot augmentar la càrrega simptomàtica (Sawchuk & Olatunji, 2011), la millora d'aquesta simptomatologia es relaciona amb el grau de satisfacció general amb la vida (Stein & Heimberg, 2004).

Quant a la intel·ligència emocional, les subescales guarden relació amb la simptomatologia tractada. En el cas de la variable atenció, observem que, tot i romandre en valors adaptatius (és l'única escala que es troba dins uns valors adequats de les mesures basals), la reducció en la puntuació que pateixen els dos grups guarda relació amb la reducció de l'ansietat. Mentre que en el cas de la reparació, capacitat més relacionada amb la simptomatologia depressiva (Lizeretti, 2009), la puntuació augmenta i també hi ha una evolució positiva en la clínica d'estat d'ànim. Que en ambdós grups millori la intel·ligència emocional és coherent ja que en la TCC també es treballen aspectes vinculats amb les cognicions, les conductes i les emocions (Ellis, 1992).

De la mateixa manera s'observa en cada grup que, mentre l'atenció es manté en uns barems adequats, les variables de claredat i reparació no arriben encara a un rang de puntuació adaptativa.

Per tant, les úniques competències que esdevenen significatives són les subescales de *mindfulness* observar i actuar que resulten tenir unes puntuacions superiors en el grup TCCEM a les del grup TCC, ja que en la resta hi ha millora en tots els grups.

5.6. Discussió dels resultats de les competències adaptatives a l'avaluació i la comparació intragrups

En els resultats de les competències adaptatives dins els grups es mostra una clara millora dels dos grups en totes les escales i és el grup TCCEM el que presenta la majoria de puntuacions significatives. Els dos grups milloren significativament en les competències de satisfacció amb la vida, intel·ligència emocional i autoestima, mentre que només el grup experimental assoleix una millora significativa en 4 de les 5 subescales de la variable *mindfulness*.

Ens torna a sorprendre que mentre algunes variables clíniques augmenten de manera superior en el TCCEM, en ambdós grups milloren les capacitats adaptatives. Aquest fet podria ser explicat per les variables que sí donen resultats superiors en el grup de tractament, les de *mindfulness*, que podrien tenir una incidència important en les variables clíniques.

En els resultats obtinguts també s'observa que en la variable intel·ligència emocional, el de TCC és l'únic grup que mostra una millora significativa en atenció, mentre que en les subescales de claredat i reparació, ambdós grups tenen un canvi significatiu. Torna a sorprendre aquest resultat, ja que en el TCCEM, grup on es treballa la consciència plena, també es treballen les emocions. No obstant això, veiem que la disminució de la mitjana de l'atenció del TCCEM fa que la puntuació entri en el rang de desajustament, fet difícil d'interpretar.

Pel que fa a la variable *mindfulness*, s'observa que el grup de tractament on es realitzava la seva pràctica ha estat viable en qüestions d'eficàcia i efectivitat per millorar les capacitats d'observació, descripció, actuar i no jutjar coincidint amb altres investigacions (Cebolla & Miró, 2008; Craner, Sawchuck, & Smyth, 2016; Kuyken et al., 2016). L'única subescala que no ha tingut canvis significatius ha estat la no reactivitat, però no obstant això la seva millora ha estat superior en la del grup TCCEM que en la del grup TCC que s'ha mantingut en uns valors semblants. Aquesta capacitat és una de les més difícils de treballar a la pràctica i és on les pacients presenten majors dificultats en la pràctica del *mindfulness*, per la rumiació depressiva i la melangia segons els estudis de Metcalf & Dimidjian (2014). Per això pot ser plausible que sigui la variable en la qual en general es tinguin més dificultats coincidint amb l'estudi de Crane & Williams (2010).

Al no haver-se treballat en el grup de control, les habilitats que es deriven d'aquesta competència (les cinc subescales) augmenten poc o es mantenen igual. El poc canvi que hagin pogut experimentar aquestes subescales en el TCC es pot explicar gràcies al fet que la millora general de les participants d'aquest grup (tant clínica com competencial) pot afavorir l'evolució

d'altres competències, com en aquest cas variables relacionades amb el *mindfulness*, però sense un entrenament concret en consciència plena, aquests factors no es desenvoluparan significativament (Cebolla, 2012; Segal et al., 2001).

Observant aquests resultats, podem coincidir amb diversos estudis (Shawyer et al., 2012; Sundquist et al., 2015), que el grup TCCEM que treballa la consciència plena i estratègies emocionals resulta tan efectiu com la TCC en alleujar símptomes de salut mental i millorar competències personals. Així doncs ens aventurem a interpretar també que, com en els estudis de Miró i Simón (2012), la incorporació de la pràctica del *mindfulness* a altres models de tractament terapèutic o psicològic, fent-la servir com a principal o complementària, reforça els beneficis terapèutics del tractament.

Pel que fa a l'escala d'avaluació del vincle terapèutic (WATOCI), s'ha comprovat que no hi ha diferències significatives entre els dos grups de tractament. S'observa aleshores que en les diferents subescales Tasques, Vincle, Fites i Canvi el vincle terapèutic ha estat semblant en els dos grups.

Per tant, el TCCEM ha esdevingut una intervenció eficaç per al tractament dels trastorns depressius (Vollestad et al., 2012) i de l'ansietat tant en les variables clíniques com en les adaptatives, tot mostrant millors resultats que el grup de control en l'ansietat tret, considerada com un atribut en general estable i que en canvi en el present estudi mostra modificacions. Així mateix, també mostra beneficis superiors en la capacitat d'observar i actuar amb consciència. Aquestes diferències no es deuen a una vinculació amb el terapeuta de forma diferencial en cap dels dos tractaments. Per tant, comparant-ho amb la recerca bibliogràfica, el tractament presentat té resultats semblants al TCC que coincideixen amb les aportacions, segons els resultats obtinguts, de Goldberg et al. (2018), Strauss et al. (2014) i Manigascar et al. (2011) i algunes variables fins i tot superiors.

6. Conclusions

6.1. Conclusions

6.2. Limitacions de l'estudi

6.3. Prospectiva: línies de millora i propostes

6. Conclusions

A l'apartat present s'exposaran les principals conclusions a les quals s'ha arribat en aquesta investigació, en referència a les diferents hipòtesis plantejades a l'inici. També s'exposen les limitacions de l'estudi i algunes propostes de millora i/o per engegar futures investigacions.

6.1. Conclusions

El tractament experimental TCCEM ha esdevingut eficaç com una intervenció per al tractament de trastorns de l'estat d'ànim, principalment la depressió, tot mostrant un impacte significatiu en diferents variables avaluades:

Hipòtesis generals:

1. *L'efectivitat del tractament experimental (TCCEM) en pacients dones afectades per un trastorn depressiu serà semblant o superior en la millora de les variables clíniques i adaptatives respecte al grup de control (GC).*

Es compleix parcialment, ja que en totes les variables clíniques es confirma, però no en totes les variables adaptatives.

2. *L'evolució del grup de tractament experimental (TCCEM) serà superior a l'evolució del grup de control (TCC) en les competències adaptatives.*

Es compleix parcialment, perquè totes les variables milloren en ambdós grups, tot i que algunes són superiors en el grup TCCEM però altres milloren de forma semblant en els dos grups.

Hipòtesis específiques

Respecte als dos grups de pacients que participen en la investigació, comparant el grup experimental (TCCEM) amb el grup de control (TCC), s'espera que:

3. *Els dos grups millorin la simptomatologia clínica (depressió, ansietat, simptomatologia general) actual de forma semblant.*

Es confirma parcialment la hipòtesi, ja que, en l'avaluació de la depressió, de l'ansietat (estat i tret) i en les diferents variables psicopatològiques els resultats són semblants entre els dos grups i representen, a la majoria dels casos, una millora en les variables avaluades, mentre que en algunes es mantenen. En l'ansietat tret millora més el grup TCCEM respecte al TCC.

4. *El grup de tractament experimental (TCCEM) millora més les competències adaptatives (intel·ligència emocional, autoestima, consciència plena i satisfacció general amb la vida) que el grup de control (TCC) (anàlisi entre grups).*

Es compleix parcialment, ja que la intel·ligència emocional (atenció, claredat, reparació), l'autoestima i la satisfacció general amb la vida milloren en ambdós grups de forma semblant. En les competències de *mindfulness* es donen millores superiors en el grup TCCEM en l'evolució individual (anàlisi intragrup) en les escales d'observar i d'actuar.

5. *L'evolució serà superior en el grup experimental (TCCEM) després del tractament respecte al TCC, en les competències adaptatives, mentre que en les clíniques seran semblants (evolució dins els grups per separat).*

Es compleix parcialment, ja que en l'anàlisi dels grups per separat s'observa un nombre major de resultats significatius en el grup TCCEM, així com en la majoria de variables clíniques (depressió, ansietat estat i tret i en simptomatologia psicopatològica: obsessió-compulsió, sensitivitat, depressió, ansietat, psicoticisme).

En les competències adaptatives, en el grup TCC hi ha millora en la variable d'intel·ligència emocional en l'atenció, mentre que en la claredat i la reparació aquesta millora es dona de forma semblant, de la mateixa manera que en l'autoestima i la satisfacció general amb la vida.

6. *L'evolució serà superior en el grup experimental (TCCEM) després del tractament respecte al TCC, pel que fa a les competències de mindfulness (evolució dins els grups per separat).*

Es confirma la hipòtesi, ja que en el grup TCCEM es dona un resultat significatiu en les competències d'observar, descriure, actuar i no jutjar, mentre que al grup TCC no es donen. La no reactivitat no és significativa en cap dels dos casos, tot i que millora més en el grup TCCEM.

6.2. Limitacions de l'estudi

La principal limitació que podem destacar en aquest estudi és la taxa d'abandonaments que hi ha hagut durant el tractament. No obstant això, la literatura científica i l'experiència clínica ens indiquen que la taxa d'abandonaments és molt més elevada en els contextos de sanitat pública que a la sanitat privada. En tot cas, aquest nivell d'abandonaments ha estat menor del que s'esperava i al que fa referència la literatura científica.

La població objecte d'aquesta investigació pateix un trastorn amb unes característiques, en el fons, complexes. Tot i ser el trastorn mental més comú conjuntament amb l'ansietat en la població general, la comorbiditat que presenta la depressió amb altres trastorns i/o malalties mèdiques ha dificultat el reclutament de participants per a l'estudi.

Malgrat que en un principi es va plantejar la possibilitat de dur a terme un seguiment dels participants que haguessin rebut el tractament, finalment no es va dur a terme. El principal motiu va ser la dificultat d'efectuar un seguiment efectiu i sostingut en el temps dins el context de sanitat pública i amb el volum de la mostra amb què es comptava per a l'estudi.

És possible que algunes variables que no s'han controlat durant l'estudi hagin actuat a tall de variables estranyes, influint així d'alguna manera en els resultats. D'entre aquestes variables que es creu que han pogut afectar, es troba la personalitat, atès que la literatura científica ens diu que alguns trastorns de personalitat poden anar associats (o tenir més facilitat de desenvolupar) trastorns de l'estat d'ànim o d'ansietat. Tot i que a l'inici de l'estudi es va valorar la possibilitat d'avaluar aquesta variable clínica, finalment es va refusar la idea ja que resultava difícil i feixuc controlar aquesta variable, vista la complexitat de passar aquests tests en la mostra del nostre estudi.

No obstant això, es va procurar que aquest efecte fos el menor possible fent que tots els psicòlegs portessin els dos grups de tractament, com s'ha explicat a l'apartat de procediment de l'estudi.

Tots els psicòlegs que van realitzar les intervencions ho van fer incorporant les dues possibilitats de tractament, tant el TCC com el TCCEM. Aquest, malgrat ser aparentment un punt fort, s'ha de reforçar amb la formació de professionals en les dues modalitats, la qual cosa es va aconseguir gràcies a les supervisions mensuals i a l'estructura de l'equip format per dos psicòlegs, l'un dels quals era un dels investigadors principals de l'estudi.

Una de les qüestions que s'han plantejat al llarg de la investigació, un cop finalitzat el tractament dels diferents grups, ha estat estudiar si els instruments emprats han estat capaços de captar de forma precisa i completa tots els canvis experimentats per les pacients després del

tractament. Des d'una perspectiva clínica, creiem que no ha estat així. Un dels motius d'aquest supòsit ha estat que l'avaluació inicial inclou una gran varietat de tests i qüestionaris, la qual cosa pot suposar una feina pesada per a les pacients i dificultar, així, la possibilitat d'una resposta sincera i no automatitzada.

6.3. Prospectiva: línies de millora i propostes

A continuació es descriuen les línies de millora i valoració per a futurs estudis en relació amb intervencions psicològiques d'aquest àmbit. Aquestes línies de millora fan referència especialment als resultats obtinguts durant el procés i a la continuació d'aquest tipus d'intervencions terapèutiques en l'àmbit de l'atenció primària. Tot i que en els resultats de la investigació observem que les expectatives de millora i eficàcia s'han acomplert, almenys parcialment, assenyalem la necessitat de continuïtat d'aquestes intervencions, tant perquè les variables clíniques com les competències adaptatives segueixin evolucionant fins a establir-se en uns rangs adaptatius, com perquè es pugui atendre la població que ho necessita a l'àmbit de l'atenció primària.

Una altra intenció posterior a aquest estudi és poder realitzar un seguiment a llarg termini de l'evolució de les participants. Tot i que els resultats han demostrat que el tractament és eficaç i que el grup TCCEM millora, és important avaluar els beneficis del tractament sostinguts al llarg del temps i prevenir les possibles recaigudes, així com avaluar les diferències entre els dos grups en les seves taxes.

Una altra proposta de millora seria poder incloure més estratègies emocionals en el protocol del tractament experimental, a més de l'entrenament en *mindfulness*. Es creu que aquesta incorporació de més aspectes emocionals facilitaria encara més l'evolució d'aquestes competències (especialment la claredat i la reparació), així com també produiria una reducció més eficaç de la simptomatologia clínica, ja que la gravetat inicial era elevada i, malgrat la seva disminució, no arriba en molts casos als rangs que es consideren adaptatius. Per això també seria important incloure nous instruments d'avaluació més sensibles a detectar i valorar aquest tipus d'estratègies (per exemple la resiliència, els valors).

Seria important, així mateix, incorporar o insistir més en la capacitat de la no reactivitat, ja que és una de les competències del *mindfulness* en què no s'ha pogut observar millores significatives. També es pot fer en futures ocasions una anàlisi de regressió per esbrinar la influència de cada una de les competències del *mindfulness* per tal d'observar la seva intervenció en les variables clíniques i adaptatives.

Tanmateix, una altra de les variables que pot ser rellevant mesurar és l'afectació del tractament farmacològic. Com que un gran percentatge de les pacients estudiades verbalitzaven prendre medicació receptada pel seu metge de capçalera o pel seu psiquiatre referent, conjuntament amb els tests inicials, es realitzava un registre dels fàrmacs (el tipus i la quantitat) que prenia cada pacient. No obstant això, es va desestimar fer aquest registre i utilitzar-lo com a variable d'estudi pel mateix motiu que es va decidir no incloure les variables anteriors.

7. Referències

7. Referències

- Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961–1970.
- Alonso, J., Argenmeyer, M. C., Bernet, S., Bruffaertrs, R., Brugha, T.S., & Bryson, H. (2004a). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the Eruopean Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 28-37.
- Alonso, J., Argenmeyer, M. C., Bernet, S., Bruffaertrs, R., Brugha, T.S., & Bryson, H. (2004b). Prevalence of mental disorders 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the Eruopean Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 28-37.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnòstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Barcelona: Masson.
- Azevedo Da Silva, M., Singh-Manoux, A., Brunner, E.J., Kaffashian, S., Shipley, M.J., Kivimaki, M., & Nabi, H. (2012). Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: The Whitehall II study. *European Journal of Epidemiology*, 27, 537–546.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27– 45. doi.org/10.1177/1073191105283504
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–342. doi.org/10.1177/1073191107313003

- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ... Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a metaanalytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders, 135*, 10–19.
- Balon, R. (2004). Developments in treatment of anxiety disorders: psychotherapy, pharmacotherapy and psychosurgery. *Depression and Anxiety, 19*, 63–76.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). "Mindfulness: A proposed operational definition". *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum. Geneva.
- Borkovec, T. D. & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing Cognitive Behavioural Therapy into the Valued Present. En *Mindfulness and relationship: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209-242). New York, NY: Guilford Press.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848. doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822

- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17(2), 157-184.
- Carlson, L.E. & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindfulness Attention Awareness Scale in a cáncer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33. doi.org/10.1016/j.psychores.2004.04.366
- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikens, D. E., Constantino, M. J., Laurenceau, J.-P., Bologh, L., & Burns, D. D. (2004). Integrative cognitive therapy for depression: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 4–20. doi.org/10.1037/1053-0479.14.1.4
- Cebolla, A. (2007). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión* (Tesis doctoral). Valencia: Universidad de Valencia.
- Cebolla, A. y Miró, M.T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133-156.
- Cebolla, A. y Miró, M.T. (2008). Efectos de la terapia cognitiva basada en la atención plena: Una aproximación cualitativa. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 257-268.
- Cebolla, A., Garcia-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118–126. doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005

- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., ... Haro, J. M. (2007). Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(Suppl. 2), 29-36.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joest, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., ... Stein, D. J., (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475, (7354), 27–30.
- Conn, V.S. (2010). Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 128–138.
- Conradi, H. J., Bos, E. H., Kamphuis, J. H., & de Jonge, P. (2017). The ten-year course of depression in primary care and long-term effects of psychoeducation, psychiatric consultation and cognitive behavioral therapy. *Journal of Affective Disorders*, 217, 174–182. doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.064
- Cramer, H., Salisbury, C., Conrad, J., Eldred, J., & Araya, R. (2011). ALGOS: The development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 11, 1–11. doi.org/10.1186/1471-244X-11-1
- Crane, R. (2009). *Mindfulness based cognitive therapy*. UK: The CBT Distinctive Feature Series. Routledge.
- Crane, C. & Williams, J. (2010). Factors associated with attrition from mindfulness-based cognitive therapy in patients with a history of suicidal depression. *Mindfulness*, 1(1), 10–20. doi.org/10.1007/s12671-010-0003-8
- Crane, R. S., & Kuyken, W. (2013). The implementation of mindfulnessbased cognitive therapy: Learning from the UK health service experience. *Mindfulness*, 4(3), 246–254.
- Craner, J. R., Sawchuk, C. N., & Smyth, K. T. (2016). Outcomes of a 6-week cognitive-behavioral and mindfulness group intervention in primary care. *Families, Systems & Health*, 34(3), 250–259. doi.org/10.1037/fsh0000202

- Crespo, M. y Labrador, F. J. (2010). *Estrés*. Madrid: Editorial Síntesis, S. A.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(2), 139-147.
- Cuijpers, P. & Smit, F., (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227–236.
- Cuijpers, P. & Schoevers, R. (2004). Increased mortality in depressive disorders: A review. *Current Psychiatry Reports*, 6(6), 430-437.
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., De Graaf, R., Ten Have, M., & Beekman, A. (2007). Economic costs of minor depression: A population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 229-236.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P., & Andersson, G. (2008). Are psychological and pharmacological interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1675–85.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Schaik, A., & Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: A meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 59, 51-61.
- Daley, A., 2008. Exercise and depression: A review of reviews. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 140–147.
- De Moor, M. H. M., Boomsma, D. I., Stubbe, J. H., Willemsen, G., & de Geus, E. J., (2008). Testing causality in the association between regular exercise and symptoms of anxiety and depression. *Archives of General Psychiatry*, 65(8), 897–905.
- Dougher, M. J. & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. En M. J. Dougher (Ed.). *Clinical behaviour analysis* (pp. 11-26). Reno, NV. Context Press.

- Ellis A. (1992). Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42(1), 63–80. doi.org/10.1080/00207284.1992.11732580
- Epel, E., Daubenmier, J., Moskowitz, J. T., Folkman, S., & Blackburn, E. (2009). Can meditation slow rate of cellular aging? Cognitive stress, mindfulness, and telomeres. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172, 34–53. [doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04414.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04414.x).
- Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Feldman, M. D., Rochlen, A. B., Bell, R. A., Kravitz, R.L., ... & Paterniti, D. A. (2010). “I didn’t know what was wrong:” How people with undiagnosed depression recognize, name and explain their distress. *Journal of General Internal Medicine*, 25(9), 954-961. [doi: 10.1007/s11606-010-1367-0](https://doi.org/10.1007/s11606-010-1367-0).
- Espie, C. A., MacMahon, K. M., Kelly, H. L., Broomfield, N. M., Douglas, N. J., Engleman, H. M., ... Wilson, P. (2007). Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep*, 30(5), 574–584. doi.org/10.1093/sleep/30.5.574
- Even, C., Schröder, C. M., Friedman, S., & Rouillon, F. (2008). Efficacy of light therapy in nonseasonal depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 11-23. [doi: 10.1016/j.jad.2007.09.008](https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.09.008).
- Evans-Lacko, S. & Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: Absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1525-1537. [doi:10.1007/s00127-016-1278-4](https://doi.org/10.1007/s00127-016-1278-4).
- Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E., et al. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 200–204.

- Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5, 247-260.
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., ... Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 201–209. doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.11.015
- Fernández, A., Rubio-Valera, M., Bellón, J. A., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Mendive, J. M., ... DASMMap investigators. (2012). Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: Results from the DASMMap study. *General Hospital Psychiatry*, 34(3), 227–233. doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.01.012
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11), e1001547. [doi: 10.1371/journal.pmed.1001547](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547)
- Fisher, L. & Dickinson, W. P. (2014). Psychology and primary care: New collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions. *American Psychologist*, 69, 355–363. doi.org/10.1037/a0036101
- Frostadottir, A. D., and Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Front. Psychol.* 10:1099. [doi: 10.3389/fpsyg.2019.01099](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099)
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., & Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*, 120(13), 76–85. doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.016

- Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., Kupfer, D. J., Frank, E., & Goodwin, G. M. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. *Lancet (London, England)*, *361*(9358), 653–661. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12599-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12599-8)
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *59*, 52–60.
- González, S., Fernández, C., Pérez, J., y Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, *18*(3), 471-477.
- Gradus, J. L., Farkas, D. K., Svensson, E., Ehrenstein, V., Lash, T. L., Milstein, A., Adler, N., & Sørensen, H. T. (2015). Associations between stress disorders and cardiovascular disease events in the Danish population. *BMJ open*, *5*(12), e009334. doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009334
- Greenberg, L., Rice, L & Elliot, R. (1996). Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto. Barcelona: Paidós.
- Groeneweg-Koolhoven, I., Ploeg, M., Comijs, H. C., Wjh Penninx, B., van der Mast, R. C., Schoevers, R. A., ... Exel, E. V. (2017). Apathy in early and late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, *223*, 76–81. doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.022
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, *126*(12), 445-51.
- Hayley, A. C., Williams, L. J., Venugopal, K., Kennedy, G. A., Berk, M., & Pasco, J. A. (2015). The relationships between insomnia, sleep apnoea and depression: Findings from the American National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2008. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(2), 156–170. doi.org/10.1177/0004867414546700

- Haigh, E., Bogucki, O. E., Sigmon, S. T., & Blazer, D. G. (2018). Depression among older adults: A 20-year update on five common myths and misconceptions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 26(1), 107–122. doi.org/10.1016/j.jagp.2017.06.011
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745–764. doi.org/10.1586/erp.12.67
- Hegeman, J. M., de Waal, M. W., Comijs, H. C., Kok, R. M., & van der Mast, R. C. (2015). Depression in later life: A more somatic presentation?. *Journal of Affective Disorders*, 170, 196–202. doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.032
- Hegerl, U., Hautzinger, M., Mergl, R., Kohlen, R., Schütze, M., Scheunemann, W., ... Henkel, V. (2010). Effects of pharmacotherapy and psychotherapy in depressed primary-care patients: A randomized, controlled trial including a patients' choice arm. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 13(1), 31–44. doi.org/10.1017/S1461145709000224
- Henry, L. P., Edwards, J., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. y McGorry, P. D. (2002). *Cognitively oriented psychotherapy for first-episode psychosis (COPE): A practitioner's manual*. Melbourne: EPPIC.
- Hersen, M. & Sturmey, P. (2012). *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002
- Hidaka, B. H., 2012. Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205–214.

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169–183. doi.org/10.1037/a0018555
- Hollon, S. D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety, 27*(10), 891–932. doi.org/10.1002/da.20741
- Hunot, V., Moore, T. H., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., ... Churchill, R. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *The Cochrane database of Systematic Reviews, (10)*, CD008704. doi.org/10.1002/14651858.CD008704.pub2
- Huntley, A. L., Araya, R., & Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 200*, 184–190. doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092049
- Jacka, F. N., Mykletun, A., Berk, M., Bjelland, I. & Tell, G. S. (2011). The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: The Hordaland Health study. *Psychosomatic Medicine, 73*(6), 483–490. doi.org/10.1097/PSY.0b013e318222831a
- James, T., & Woodsmall, W. (1988). *Time Line and the basis of personality*. CA: Meta Publications.
- Jorm, A., Allen, N., Morgan, A., Ryan, S., & Purcell, R. (2013). *A guide to what works for depression*. Melbourne: Beyond Blue.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. Boston: Delta Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Hachette Books.

- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Katon, W. J., Lin, E., Russo, J., & Unutzer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 897–903. doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.897
- Katon, W., Lin, E. H., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29, 147–155. doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.11.005
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., & Russo, L. J., (2011). Development of life-time comorbidity in the World Health Organization world mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58, 213-220.
- Kessler, R., Sampson, N., Berglund, P., Gruber, M., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., . . . Wilcox, M. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(3), 210-226. [doi:10.1017/S2045796015000189](https://doi.org/10.1017/S2045796015000189)
- Khong, T. P., de Vries, F., Goldenberg, J. S., Klungel, O. H., Robinson, N. J., Ibáñez, L., & Petri, H. (2012). Potential impact of benzodiazepine use on the rate of hip fractures in five large European countries and the United States. *Calcified Tissue International*, 91(1), 24–31. doi.org/10.1007/s00223-012-9603-8
- Kiecolt-Glaser, J. K., Jaremka, L. M., & Hughes, S. (2014). Psychiatry and social nutritional neuroscience. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(2), 151–152. doi.org/10.1002/wps.20127
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. & Tsai, M. (1993). Radical behavioural psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592.
- Kupfer, D. J., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., Mallinger, A. G., Thase, M. E., ... Grochocinski, V. J. (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent

depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 769–773. doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100013002

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ... Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work?. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112.

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., . . . Dagleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565–574.

Kyrou, I., Kollia, N., Panagiotakos, D., Georgousopoulou, E., Chrysohoou, C., Tsigos, C., ... ATTICA Study investigators (2017). Association of depression and anxiety status with 10-year cardiovascular disease incidence among apparently healthy Greek adults: The ATTICA Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(2), 145–152. doi.org/10.1177/2047487316670918

Leppämäki, S., Haukka, J., Lönnqvist, J., & Partonen, T. (2004). Drop-out and mood improvement: A randomised controlled trial with light exposure and physical exercise [ISRCTN36478292]. *BMC Psychiatry* 4, 22. doi.org/10.1186/1471-244X-4-22

Lidbeck, J. (2003). Group therapy for somatization disorders in primary care: Maintenance of treatment goals of short cognitive-behavioural treatment one-and-a-half-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 449–456. doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00048.x

Linares, L., Estévez, A., Soler, J., & Cebolla, A. (2016). El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clínica y Salud*, 27(2). doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.001.

Linde, K., Kriston, L., Rucker, G., Jamil, S., Schumann, I., Meissner, K., Sigterman, K., & Schneider, A. (2015). Efficacy and acceptability of pharmacological treatments for

depressive disorders in primary care: systematic review and network meta-analysis. *Annals of family medicine*, 13(1), 69–79. doi.org/10.1370/afm.1687

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Lizeretti, N. P. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional*. Tesis doctoral. Extraído el 3 de Mayo de 2011 desde <http://hdl.handle.net/10803/9269>.

Llorente, P. (2006). Psiquiatria geriátrica en atención primaria. En L. Agüera, M. Martín y J. Cervilla (eds.), *Psiquiatria geriátrica* (pp. 968-988). 2ªed. Barcelona: Masson-Elsevier.

Lopresti, A. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: Diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 12–27. doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.014

Lu, S. (2015). Mindfulness holds promise for treating depression. *Monitor on Psychology*, 46(3), 50.

Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B. & Fritz, K. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(12), 1087–1206.

Malhi, G. & Mann, J. (2018). Depression. *Lancet*, 392, 2299–2312. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)

Manber, R., Edinger, J. D., Gress, J. L., San Pedro-Salcedo, M. G., Kuo, T. F. & Kalista, T., (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31(4), 489–495.

- Manicavasgar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of Affective Disorders, 130*(1–2), 138–144.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 44-49.
- Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice, 18*(4), 233-252.
- McCullough, J. P., Jr. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Nueva York: Guilford Press.
- McDaniel, S. H. & de Gruy, F. V., III. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist, 69*, 325–331. [doi .org/10.1037/a0036222](https://doi.org/10.1037/a0036222)
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal of clinical psychiatry, 74*(6), 595–602.
- Meadows, G., Shawyer, F., Enticott, J., Graham, A., Judd, F. & Martin, P. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(8), 743–755 m.
- Mergl, R., Allgaier, A. K., Hautzinger, M., Coyne, J. C., Hegerl, U., & Henkel, V. (2018). One-year follow-up of a randomized controlled trial of sertraline and cognitive behavior group therapy in depressed primary care patients (MIND study). *Journal of Affective Disorders, 230*, 15–21. doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.084
- Metcalf, C. & Dimidjian, S. (2014). Extensions and mechanisms of mindfulness-based cognitive therapy: A review of the evidence. *Australian Psychologist, 49*(5), 271–279. doi.org/10.1111/ap.12074

- Milaneschi, Y., Hoogendijk, W., Lips, P., Heijboer, A. C., Schoevers, R., van Hemert, A. M., ... Penninx, B.W. (2014). The association between low vitamin D and depressive disorders. *Molecular Psychiatry*, *19*(4), 444–451. doi.org/10.1038/mp.2013.36
- Miller-Matero, L. R., Dykuis, K. E., Albujoq, K., Martens, K., Fuller, B. S., Robinson, V., & Willens, D. E. (2016). Benefits of integrated behavioral health services: The physician perspective. *Families, Systems, & Health*, *34*, 51–55. doi.org/10.1037/fsh0000182
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. doi.org/10.1002/lipi.19590610209
- Miranda, J., Green, B. L., Krupnick, J. L., Chung, J., Siddique, J., Belin, T., & Revicki, D. (2006). One-year outcomes of a randomized clinical trial treating depression in low-income minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(1), 99–111. doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.99
- Miró, M. T. y Simón, V. (eds.). (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., de la Fuente, J. A., y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en *mindfulness* para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *16*, 1-14.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *Lancet*, *374*, 609-619. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, *370*, 851– 858. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\) 61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07) 61415-9)
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Overland, S., Prince, M., Dewey, M., & Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: The HUNT study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *195*, 118–125.

- Naismith, S. L., Norrie, L. M., Mowszowski, L., & Hickie, I. B. (2012). The neurobiology of depression in later-life: Clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathophysiological features. *Progress in Neurobiology*, 98, 99–143.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Depression in Adults (CG90)*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Care Excellence (2010). *Depression: The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (update)*. Recuperado de <http://guidance.nice.org.uk/CG123>.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). *Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care*. Recuperado de <http://guidance.nice.org.uk/CG113>.
- Nordstrom, A. & Bodlund, O. (2008). Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 250–255.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572–581. doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Olfson, M., Kroenke, K., Wang, S., & Blanco, C. (2014). Trends in office-based mental health care provided by psychiatrists and primary care physicians. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 247–253. doi.org/10.4088/JCP.13m08834
- Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, & Jonsson B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1):155–62. doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x
- Organización Mundial de la Salud (2001). *The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: WHO.

- Organización Mundial de la Salud (2009). Mental health, resilience and inequalities. Recuperado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.p
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- OECD (2015). Health at a Glance. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. doi.org/10.1787/health_glance.2015.en
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., ... Kessler, R. C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *British Journal of Psychiatry* 192, 368–375.
- Pack, S. & Condren, E. (2014). An evaluation of group cognitive behavior therapy for low self-esteem in primary care. *Cognitive Behaviour Therapist*, 7, 1–10. doi.org/10.1017/S1754470X14000051
- Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 524–539.
- Peek, C. J., Cohen, D. J., & de Gruy, F. V., III. (2014). Research and evaluation in the transformation of primary care. *American Psychologist*, 69, 430–442. doi.org/10.1037/a0036223
- Pérez Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1, 86-94. [doi: 10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X).
- Quirk, S. E., Williams, L. J., O'Neil, A., Pasco, J. A., Jacka, F. N., Housden, S., ... Brennan, S. L. (2013). The association between diet quality, dietary patterns and depression in adults: A systematic review. *BMC Psychiatry* 13, 175. doi.org/10.1186/1471-244X-13-175.
- Rycroft-Malone, J., Gradinger, F., Griffiths, H. O., Crane, R., Gibson, A., Mercer, S., et al. (2017). Accessibility and implementation in the UK NHS services of an effective depression relapse prevention programme: Learning from mindfulness-based cognitive therapy through a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 5(14), 1–190.
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., & García Campayo, J. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Rosal, R. (2002). El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., & Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208–225. doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006

- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Medrano, L. A., Moretti, L. S., & PsicAP Research Group. (2018) Cost-effectiveness and cost-utility analysis of the treatment of emotional disorders in primary care: PsicAP clinical trial. Description of the sub-study design. *Frontiers in Psychology*, 9, 281. [doi: 10.3389/fpsyg.2018.00281](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00281)
- Sánchez-Villegas, A., Toledo, E., de Irala, J., Ruiz-Canela, M., Pla-Vidal, J., & Martínez-González, M. A. (2012). Fast-food and commercial baked goods consumption and risk of depression. *Public Health Nutrition* 15, 424–432. doi.org/10.1017/S1368980011001856
- Santoft, F., Axelsson, E., Öst, L- G., Hedman-Lagerlöf, M., Fust, J., HedmanLagerlöf, E. (2019). Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(8), 1266–1274. doi.org/10.1017/S0033291718004208
- Sawchuk, C. N. & Olatunji, B. O. (2011). Anxiety, health risk factors, and chronic disease. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5, 531–541. doi.org/10.1177/1559827610393868
- Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I., & Berk, M., (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, 14, 107. doi.org/10.1186/1471-244X-14-107
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45–65). Guilford Press.
- Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., ... Levitan, R. D. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-

based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256–64.

Segal, Z. V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2017). *MBCT Terapia cognitiva basada en mindfulness per la depressió*. Barcelona: Editorial Kairós.

Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., ... Haro, J.M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 201-210.

Shallcross, A., Gross, J., Visvanathan, P., Kumar, N., Palfrey, A., & Ford, B. (2015). Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 964–975.

Shallcross, A., Willroth, E., Fisher, A., Dimidjian, S., Gross, J., Visvanathan, P., & Mauss, I. (2018). Relapse/recurrence prevention in major depressive disorder: 26-month follow-up of mindfulnessbased cognitive therapy versus an active control. *Behaviour Therapy*, 49(5), 836–849.

Sharp, D. M., Power, K. G., & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 73–82. doi.org/10.1002/cpp.393

Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., ... Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 110–121. doi.org/10.1016/j.brat.2011.11.007

Sicras-Mainar, A. (2002). Impacto económico de las enfermedades y pacientes atendidos en atención primaria. Adaptación de los grupos clínicos ajustados (ACGs) en nuestro medio. *Tesis doctoral*. Recuperado de <http://www.tdx.cesca.es/TESISUB/AVAILABLE/TDX-1001102-092359//TOL110.pdf>.

- Sobocki, P., Angst, J., Jönsson, B., & Rehnberg, C. (2006). Cost of Depression in Europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 87-98.
- Song, M. R., Lee, Y. S., Baek, J. D., & Miller, M. (2012). Physical activity status in adults with depression in the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005–2006. *Public Health Nursing*, 29, 208–217.
- Stegmann, M. E., Ormel, J., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., ... ESEMED/MHEDEA Investigators. (2010). Functional disability as an explanation of the associations between chronic physical conditions and 12-month major depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 38–44.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*, 9(4), e96110.
- Sundquist, J., Lilja, Å., Palmér, K., Memon, A., Wang, X., Johansson, L., & Sundquist, K. (2015). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 206(2), 128-135. [doi:10.1192/bjp.bp.114.150243](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150243)
- Sundquist, J., Palmér, K., Johansson, L. M., & Sundquist, K. (2017). The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 43, 19–27. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.328
- Tang, Y., Hölzel, B. & Posner, M. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-25. [doi: 10.1038/nrn3916](https://doi.org/10.1038/nrn3916).
- Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S., ...Crane, C. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world healthcare services. *Mindfulness*. Advance of Print. doi.org/10.1007/s12671-018-1087-9

- Torrence, N. D., Mueller, A. E., Ilem, A. A., Renn, B. N., DeSantis, B., & Segal, D. L. (2014). Medical provider attitudes about behavioral health consultants in integrated primary care: A preliminary study. *Families, Systems, & Health, 32*, 426–432. doi.org/10.1037/fsh0000078
- Twomey, C., O'Reilly, G. & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Family Practice, 32*(1), 3-15. doi: 10.1093/fampra/cmu060
- Uher, R., Perlis, R. H., Henigsberg, N., Zobel, A., Rietschel, M., Mors, ... McGuffin, P. (2012). Depression symptom dimensions as predictors of antidepressant treatment outcome: Replicable evidence for interest-activity symptoms. *Psychological Medicine, 42*, 967–980. doi.org/10.1017/S0033291711001905
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care, 13*, e010. doi.org/10.5334/ijic.886
- Valladares, A., Dilla, T. y Sacristan, J. A. (2008). La depresión: Una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría, 37*(1), 49-53.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *The American Psychologist, 66*(7), 579-572.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet, 370*(9590), 841–850. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- Wang, X., Sundquist, K., Hedelius, A., Palmér, K., Memon, A. A., & Sundquist, J. (2017). Leukocyte telomere length and depression, anxiety and stress and adjustment disorders in primary health care patients. *BMC psychiatry, 17*(1), 148. doi.org/10.1186/s12888-017-1308-0

- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1– 8.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(8), 24–34.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
- Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas, I., Gómez-Becerra, I. & Franco, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la mediante la aplicación de un programa de meditación *mindfulness*. *Psychology, Society, & Education*, 8(1), 23-37.

8. Annexos

Annex A

Resums

Annex B

Consentiment informat dels participants

Resum

TÍTOL: Assaig clínic d'un tractament grupal en dones amb depressió a la sanitat pública:
Projecte PROM-SA·D

RESUM: La depressió està considerada com el trastorn més comú de l'estat d'ànim, produeix un dany funcional comparable a les malalties mèdiques més greus i pot conduir a una càrrega considerable de malalties i la mortalitat. L'OMS va preveure que el 2020 aquest trastorn seria la segona malaltia a nivell mundial en quantitat d'afectats, sobretot les dones, que són la part de la població més vulnerable respecte a aquesta malaltia. Per altra banda, l'àrea de salut d'atenció primària és el principal recurs públic que acull les persones afectades per aquest trastorn.

L'**objectiu** principal d'aquest estudi consisteix a avaluar l'efectivitat d'una intervenció psicoterapèutica grupal basada en la millora de competències adaptatives, dins l'àrea d'atenció primària, amb una mostra de dones que presenten trastorn depressiu. Tanmateix, es pretén comparar l'efectivitat d'aquest tractament (anomenat TCCEM) fonamentat en el treball de l'atenció plena, la intel·ligència emocional i l'autoestima, respecte al tractament cognitivo-conductual (TCC) que és el grup de control en aquest estudi.

Mètode: Les participants de l'estudi constitueixen una **mostra** de 120 pacients; el **disseny** de la investigació consisteix en un assaig clínic aleatoritzat, per la qual cosa es va assignar les participants en dos grups de forma homogènia, 60 pertanyents al grup experimental TCCEM i 60 al grup de control TCC. Els **instruments** utilitzats s'han classificat en 3 categories, segons si valoraven variables clíniques [*Inventari de Depressió de Beck-II (BDI-II)*, *Qüestionari d'Ansietat Estat Tret (STAI)* i *Qüestionari de 90 Síntomes Revisat (SCL-90-R)*], competències adaptatives [*Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*, *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)*, *Quality of Life Scale (QOL)* i *l'Escala d'autoestima de Rosenberg*] i el nivell de l'aliança terapèutica [*Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI)*].

Resultats: Els resultats indiquen que el tractament experimental TCCEM i el TCC han obtingut resultats clínics semblants en la millora de la simptomatologia clínica (ansietat-estat i depressió) i en l'adaptativa (intel·ligència emocional, autoestima, satisfacció amb la vida). En el TCCEM s'observa un resultat superior en l'ansietat-tret i en les capacitats d'observar i actuar del *mindfulness*.

Conclusions: El TCCEM ha esdevingut una intervenció eficaç per al tractament dels trastorns de l'estat d'ànim i de l'ansietat al TCC en les variables clíniques i adaptatives, tot mostrant millors resultats que el grup de control en l'ansietat tret i en la capacitat d'observar i actuar amb consciència.

Paraules clau: *Trastorn depressiu, atenció primària, tractament cognitivoconductual, mindfulness, intervenció grupal, dones.*

Resumen

TÍTULO: Ensayo clínico de un tratamiento grupal en mujeres con depresión en la sanidad pública: Proyecto PROM-SA·D

RESUMEN: La depresión está considerada como el trastorno más común del estado de ánimo, produce un daño funcional comparable con las enfermedades médicas más graves y puede conducir a una carga considerable de enfermedades y la mortalidad. La OMS predijo que en 2020 este trastorno sería la segunda enfermedad a nivel mundial en cantidad de afectados, siendo las mujeres la parte de la población más vulnerable ante esta enfermedad. Por otra parte, el área de salud de atención primaria es el principal recurso público que acoge a las personas afectadas por este trastorno.

El **objetivo** principal de este estudio consiste en evaluar la efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal basada en la mejora de competencias adaptativas, dentro del área de atención primaria, con una muestra de mujeres que presentan trastorno depresivo. Sin embargo, se pretende comparar la efectividad de este tratamiento (llamado TCCEM) basado en el trabajo de la atención plena, la inteligencia emocional y la autoestima, con el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) que es el grupo de control en este estudio.

Método: Las participantes del estudio constituyen una muestra de 120 pacientes; el diseño de la investigación consiste en un ensayo clínico aleatorizado, por lo que se asignó a las participantes en dos grupos de forma homogénea, 60 pertenecientes al grupo experimental TCCEM y 60 al grupo de control TCC. Los instrumentos utilizados se han clasificado en 3 categorías, según valoraban variables clínicas [*Inventario de Depresión Beck-II (BDI-II)*, *Qüestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)* y *Qüestionario de 90 Sintomas Revisado (SCL-90-R)*], competencias adaptativas [*Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*, *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)*, *Quality of Life Scale (QOL)* y *la Escala de autoestima de Rosenberg*] y el nivel de la alianza terapéutica [*Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCD)*].

Resultados: Los resultados indican que el tratamiento experimental TCCEM y el TCC han obtenido resultados clínicos similares en la mejoría de la sintomatología clínica (ansiedad-estado y depresión) y en la adaptativa (inteligencia emocional, autoestima, satisfacción con la

vida). En el TCCEM se observa un resultado superior en la ansiedad-rasgo y en las capacidades de observar y actuar del *mindfulness*.

Conclusiones: El TCCEM se ha convertido en una intervención eficaz para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad similar al TCC en las variables clínicas y adaptativas, mostrando mejores resultados que el grupo de control en la ansiedad rasgo y en la capacidad de observar y actuar con conciencia.

Palabras clave: *Trastorno depresivo, atención primaria, tratamiento cognitivo-conductual, mindfulness, intervención grupal, mujeres.*

Abstract

TITLE: Clinical trial of a group treatment in women with depression in public health: Project PROM-SA·D

ABSTRACT: Depression is considered the most common mood disorder. It produces damage at a functional level comparable to the most serious medical illnesses, and can lead to a considerable burden of disease and mortality. WHO predicts that by 2020 this disorder will be the second disease worldwide in terms of the number of people affected, with women being the most vulnerable part of the population. On the other hand, the Primary Health Care area is the main public resource that welcomes people affected by this disorder.

The main **objective** of this study is to evaluate the effectiveness intervention of a group psychotherapeutic based on the improvement of adaptive skills, within the primary care area, with a sample of women with depressive disorder. However, it is intended to compare the effectiveness of this treatment (called CBTC) based on mindfulness, emotional intelligence and self-esteem, training with the cognitive-behavioural treatment (CBT) that the control group will suppose in this study.

Method: The sample is constituted by 120 patients; the research design consists of a randomized clinical trial, so the participants were assigned in two groups in a homogeneous way, 60 belonging to the experimental CBT group and 60 to the CBT control group. The instruments used have been classified into 3 categories, as assessed by clinical variables (*Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* and *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)*), adaptive skills *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*, *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)*, *Quality of Life Scale (QOL)* and *The Rosenberg Self-Esteem Scale*) and the level of therapeutic alliance *Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI)*).

Results: The results indicate that the experimental TCCEM treatment and CBT have obtained similar clinical results in the improvement of clinical symptoms (anxiety-state and depression) and in the adaptive one (emotional intelligence, self-esteem, satisfaction with life). The TCCEM has achieved a superior result in anxiety-trait and in the ability to observe and act of mindfulness.

Conclusions: The TCCEM has become an effective intervention for the treatment of mood and anxiety disorders similar to CBT in clinical and adaptive variables, showing a greater influence than the control group on trait anxiety and ability of observing and acting.

Keywords: *Depressive disorder, primary care, cognitive behavioural treatment, mindfulness, group intervention, women.*

INFORMACIÓN PARA EL/LA ENTREVISTADO/A

Estudio: Assaig clínic d'un tractament grupal en dones amb depressió a la sanitat pública: Projecte PROM-SA·D

La presente investigación es fruto de la colaboración entre la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, el Centro de Salud Mental y Adicciones de Adultos (CSMA) de Mataró y las distintas áreas básicas de salud que son de la zona de influencia del Servicio de Salud Mental del Consorci Sanitari del Maresme: Mataró Centre, Ronda Cerdanya, La Riera, Cirera- Molins, Argentona, Sant Andreu de Llavaneres, Gatassa, Rocafonda, Ronda Prim.

El objetivo es evaluar la posible mejoría que pueden experimentar las personas que participan en los tratamientos para la mejora de su estado de ánimo y sus estrategias de afrontamiento de la vida que se ofrece en el servicio de Salud Mental de este centro. Para ello es necesario que los participantes rellenen cuestionarios a lo largo del proceso terapéutico y posteriormente cuando éste haya finalizado para poder evaluar los resultados.

En el presente estudio van a existir 2 grupos para la comparación de la efectividad de la terapia. Cada grupo realizará un total de 24 sesiones de régimen seminal y de 1 hora y media de duración de cada sesión. La asignación de los participantes de dicha investigación a uno de los grupos se va a realizar de forma aleatoria mediante un programa informático.

Todos los investigadores de este estudio se comprometen a:

- Mantener el anonimato y la confidencialidad de todos los datos que se obtengan en el estudio, a fin de preservar la intimidad de las personas que participan, asignando un código a cada participante, que sólo conocerá el investigador principal.

- Que la participación en el estudio es voluntaria por lo que existe la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento, si se estima pertinente. En ese caso, sus datos serán eliminados. En ningún caso abandonar el estudio implica abandonar el tratamiento ni tampoco significa un perjuicio para usted o su familia.

- El beneficio que usted obtiene con su participación es la de recibir un tratamiento psicológico grupal para la depresión que le ayudará a reducir los síntomas que presenta y le proporcionará estrategias que le van a favorecer en el aumento de su calidad de vida.

- Su participación será de gran utilidad para el conocimiento de los factores implicados en el malestar psicológico que usted padece, así como para identificar elementos que nos permitan diseñar tratamientos más efectivos para su problema.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Por favor indique a continuación su nombre, apellidos y DNI)

Yo,.....
....., participo libremente en el presente estudio y aseguro que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio en cuestión.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Sé que puedo abandonar en cualquier momento la investigación, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos o psicológicos.
- No he recibido ningún tipo de presión para colaborar en el estudio.

Declaro haber sido informado/a de que mis datos serán tratados de conformidad con lo que establece el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, así como la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002.

Y consiento que los datos clínicos referentes a mi enfermedad sean almacenados en un fichero automatizado, cuya información podrá ser manejada exclusivamente para fines científicos, a efectos de este proyecto.

Y he expresado estar de acuerdo en participar en el estudio.

Firma del entrevistado/a Firma del investigador/a

Mataró, de 20.....