

Octubre, 2023

Síntesis Rápida de Evidencia

¿Cuál es el efecto de las terapias grupales en los resultados clínicos en personas con trastornos mentales que reciben atención de salud mental en la APS?

La atención primaria de salud (APS) constituye la puerta de entrada al sistema de salud público en nuestro país, siendo en este nivel en el que se atiende cerca de un 80% de la población residente en Chile. En la atención de salud mental en APS se brinda terapia individual, familiar y grupal, entre otras prestaciones.

La División de Atención Primaria (DIVAP), se encuentra rediseñando la Estrategia de Atención de Salud Mental en APS. En este contexto, es de interés de la DIVAP revisar la evidencia científica sobre la efectividad de las terapias grupales en contexto de APS en la sintomatología clínica.

Componentes de la pregunta

Población: Población con trastornos de salud mental que se atiende en APS.

Intervención: Terapias grupales de salud mental en APS

Comparación: Tratamiento usual en APS o en lista de espera en tratamiento grupal.

Outcomes: Sintomatología clínica, remisión clínica, calidad de vida

Mensajes Claves

- La terapia grupal en depresión y ansiedad en APS, en comparación con la terapia usual en APS, podría disminuir la sintomatología clínica, aumentar la remisión clínica y no tener efecto en la calidad de vida. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.
- Con baja certeza en la evidencia, se observa que las terapias grupales en APS para pacientes con trastornos ansiosos de pánico o agorafobia, no tiene un efecto sobre la sintomatología ansiosa, en comparación con la terapia individual.
- Con baja certeza de la evidencia, las terapias grupales disminuyen levemente la sintomatología depresiva en comparación con la terapia de autoayuda.

Disponible en:

<https://etesa-sbe.minsal.cl/upsie/>

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para estimar el efecto de una política, modo de organización u otras intervenciones. Su ejecución es en un plazo no mayor a 20 días hábiles.

✓ Esta síntesis incluye

- Contextualización del problema.
- Evidencia respecto a la efectividad.
- Consideraciones de implementación (costo efectividad, viabilidad, aceptabilidad, etc.).

✗ Esta síntesis no incluye:

- Recomendaciones explícitas de cómo desarrollar una política pública o modo de organización.

Se utilizan 6 revisiones sistemáticas

Certeza de la evidencia GRADE

ALTA ⊕⊕⊕⊕

La evidencia entrega una muy buena indicación del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es baja.

MODERADA ⊕⊕⊕○

La evidencia entrega una buena indicación del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es moderada.

BAJA ⊕⊕○○

La evidencia entrega alguna indicación del efecto verdadero. Sin embargo, la probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es alta.

MUY BAJA ⊕○○○

La evidencia no entrega una indicación confiable del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es muy alta.

Introducción

La salud mental se define como la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve que la atención y tratamiento de la salud mental se provea desde una perspectiva comunitaria, que integre los distintos niveles de atención e involucre servicios comunitarios de salud, apoyo entre pares y asistencia psicosocial (2).

La atención primaria de salud (APS) constituye la primera puerta de entrada al sistema de salud chileno. atendiendo a cerca de un 80% de la población en el país. Respecto a la salud mental, en dichos establecimientos se brindan principalmente terapias de salud mental de forma individual, familiar y grupal, actividades de promoción y prevención de trastornos mentales, visitas domiciliarias y derivaciones al nivel secundario o a redes de apoyo (3).

En este contexto, las terapias grupales se definen como aquellas intervenciones que involucran uno o más psicólogos o terapeutas capacitados que lideran un grupo entre 5 a 15 pacientes, con el objetivo de tratar un problema específico de salud mental, como depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, duelo o mejoras en el manejo de habilidades sociales (4).

El rediseño de la Estrategia de Atención de Salud Mental en APS, busca promover un enfoque comunitario y el fortalecimiento de las terapias grupales brindadas en este nivel. Para esto, es relevante contar con evidencia sobre su efectividad. En ese sentido, la DIVAP solicitó a la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia (UPSIE) un informe que aborde esta problemática.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron revisiones sistemáticas que respondieron la pregunta en las bases de datos MEDLINE y EMBASE a través de OVID, Epistemonikos y Psychology Database- ProQuest con fecha 07 de Julio del 2023. Ver estrategia de búsqueda en [Anexo 1](#).

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

Dos revisores independientes seleccionaron las revisiones sistemáticas y los estudios primarios según los siguientes criterios:

Inclusión:

- Personas con trastornos mentales que se atienden en APS
- Terapias grupales lideradas por un profesional en salud mental

Exclusión:

- Intervenciones de pacientes como líderes o co-líderes de terapia
- Terapias exclusivamente farmacológicas y telemedicina
- Intervenciones que incluyas a pacientes con comorbilidades físicas y psiquiátricas

¿Cómo se realizó la extracción de datos?

La extracción de cada artículo la realizan dos personas, priorizando la información de las revisiones sistemáticas. En caso de ser necesario, se recurrió a los estudios primarios

Resumen de Hallazgos

A partir de la metodología descrita anteriormente, se identificaron inicialmente 686 **Revisiones Sistemáticas (RS)**. De éstas, se excluyeron 678 por disenso o duplicados y se utilizaron 6 RS (5–10) publicadas entre 2010 y 2019.

A los estudios primarios incluidos en las RS utilizadas se les aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión que los aplicados a las RS (ver cuadro de metodología). Con estos criterios, se consideraron finalmente 12 estudios primarios (11–22), siendo la totalidad Ensayos Controlados Aleatorizados (ECAs). En la Tabla N°1 se describen las características de todos los estudios incluidos.

Para estimar el efecto de los hallazgos de esta Síntesis Rápida de Evidencia (SRE), se utilizaron los 12 estudios incluidos (12–23).

En los desenlaces dicotómicos se estratificó por riesgo basales según sexo para estimar los efectos absolutos.

Los hallazgos aquí presentados se han separado de acuerdo a las intervenciones analizadas y sus respectivas comparaciones. Cada reporte de hallazgo contiene una tabla resumen de los hallazgos, mostrando la certeza del cuerpo de la evidencia de cada uno de los desenlaces encontrados, de acuerdo al sistema GRADE (ver recuadro en portada). Adicionalmente, en caso de contar con información suficiente en los estudios primarios, se realizaron diversos análisis de subgrupo según lo definido por el solicitante (ver Anexos 2 al 8). De ellos, para la comparación de terapias grupales versus terapia estándar en APS, se reportan los resultados de los análisis de subgrupo por sexo y por tipo de terapia grupal, los cuales se estratificaron por el riesgo basal para estimar los efectos absolutos

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos en esta Síntesis Rápida de Evidencia (SRE)

Objetivos de la SRE: Evaluar el efecto de las terapias grupales sobre los resultados clínicos en personas con trastornos mentales que reciben atención de salud mental en la APS	
Fecha de búsqueda de las revisiones sistemáticas incluidas en esta SRE: desde la fecha de inicio de cada base bibliográfica hasta noviembre de 2018.	
Componentes	Descripción
Diseños de estudio	12 ECA (11–22)
Población	Los estudios incluyeron: <ul style="list-style-type: none"> - Población general con depresión (12–15,19) - Mujeres con depresión (11,20) - Mujeres con depresión post parto (16–18,22) - Población general con trastorno de pánico con o sin agorafobia (21) Todos los estudios incluyeron a adultos.
Intervención	Las intervenciones consistieron en: <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Cognitiva Conductual grupal (TCC) en APS (12,13,15,16,20–22) - Psicoeducación grupal en APS (11,14,17,18) - Terapia cognitiva basada en <i>mindfulness</i> grupal en APS (19)
Comparación	Las comparaciones consistieron en: <ul style="list-style-type: none"> - Terapia individual en APS (21) - Lista de espera para atención grupal en APS (15,21,22) - Tratamiento usual o estándar de salud mental brindado en APS: atención por médico general y derivación; entrega de medicamentos (6,9,11,15) - Grupo de autoayuda guiado brindado en APS (12)
Desenlaces	Los desenlaces encontrados fueron: <ul style="list-style-type: none"> - Sintomatología clínica (12–15,17,18,18–22). - Remisión clínica (11,13,14,19) - Calidad de vida (13,19)
Ámbitos (setting)	Todos los estudios se realizaron en APS (11–22). Tres estudios fueron realizados en Reino Unido (18,19,21), dos en Chile (11,17), dos en Australia (16,22), dos en España (13,15), uno en Alemania (12), uno en Noruega (14) y uno en Tailandia (20)



Hallazgo 1. Terapias grupales comparadas con cuidado usual en resultados clínicos

Se encontraron 10 estudios primarios que compararon el efecto de las terapias grupales con el cuidado usual o tratamiento estándar en APS, como la atención por médico general, visitas de enfermeras, derivación o entrega de antidepresivos (11,13–21). Las intervenciones grupales correspondieron a terapias cognitivas conductuales (13,15,16,20,21), psicoeducación (11,14,17,18) y mindfulness (19), realizados a **población general con depresión** (13–15,19), **población general con trastorno de pánico** (21) y **mujeres con depresión** (11,16,17,20,22).

Los hallazgos se describen a continuación de forma narrativa por tipo de desenlace y luego se reportan en tablas de resumen de hallazgos (Tablas 2 y 3). Los desenlaces analizados en los estudios primarios corresponden a sintomatología clínica, remisión clínica y calidad de vida; en el caso de la sintomatología y de la calidad de vida, los resultados se midieron en base al auto reporte mediante la aplicación de cuestionarios.

Sintomatología clínica

10 estudios primarios reportaron este desenlace. Para analizar el efecto de las terapias grupales en la sintomatología clínica, en primer lugar, se efectuó un análisis global¹ de la evidencia identificada (ver Anexo 2) y luego, se realizaron análisis por subgrupo en función de lo priorizado por el solicitante (ver Anexo 3), según:

- Sexo: hombre o mujer.
- Tipo de terapia grupal: TCC grupal, psicoeducación y mindfulness grupales.
- Trastorno de salud mental: depresión o ansiedad.
- Número de participantes en el grupo: menos de 12 participantes comparado con igual o mayor a 12 participantes.
- Profesional que brinda la intervención: profesional de salud mental comparado con profesional de salud que no pertenece a la salud mental.
- Severidad del trastorno: leve, moderado y grave.
- Modalidad abierta o cerrada: abierta corresponde a terapias grupales que permiten la incorporación de nuevos participantes a lo largo de las sesiones, comparado con terapias cerradas en que no lo permiten.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas sólo entre los tipos de terapias cognitivo conductual (TCC), psicoeducación grupal y mindfulness (ver anexo 3), decidiendo reportar de manera estratificada estos hallazgos.

En base a los 10 estudios, se observa que las terapias grupales en personas con depresión y trastornos ansiosos que son tratadas en APS, podrían disminuir la sintomatología clínica en comparación con la terapia estándar. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.

¹ Cálculo de un estimador global considerando todos los estudios que reportan dicho desenlace.

En la Tabla 2 de Resumen de Hallazgos, se reporta el efecto global en la sintomatología clínica, mientras que la Tabla 3 presenta un análisis estratificado por tipo de terapia grupal.

Remisión clínica

Solo 3 estudios reportaron este desenlace (11,13,14), los cuales incluyen a **población general con depresión** (13,14) y **mujeres con esta misma patología** (11). Para analizar el efecto de las terapias grupales en la remisión clínica, primero se realizó un análisis global del estimador de efecto (ver Anexo 4), y luego se realizaron análisis por subgrupos, en función de lo priorizado por el solicitante (ver Anexo 5), según:

- Sexo
- Tipo de terapia grupal: TCC grupal, psicoeducación y mindfulness grupales
- Número de participantes en el grupo: menos de 12 participantes comparado con igual o mayor a 12 participantes.

La información reportada en los estudios primarios no fue suficiente para llevar a cabo los restantes análisis por subgrupos.

Como no se encontraron diferencias significativas entre las comparaciones por subgrupo (ver Anexo 5), se decidió no estratificar por subgrupos y se decidió utilizar el riesgo relativo (RR) global del desenlace (ver Anexo 4) y estimar los valores absolutos en función del riesgo basal correspondiente a cada sexo.

En base a los 3 estudios, se observa que la terapia grupal en personas con depresión que reciben atención de salud mental en APS, podría aumentar la remisión en comparación con la terapia estándar. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.

Calidad de vida

Sólo 2 estudios reportaron este desenlace, los cuales incluyen a **población general con depresión** (13,19). Para analizar el efecto de las terapias grupales en la calidad de vida, primero se realizó un análisis global del estimador de efecto (ver Anexo 6) y luego se realizaron análisis por subgrupos en función de lo priorizado por el solicitante (ver Anexo 7), según:

- Tipo de terapia grupal: TCC grupal, psicoeducación grupal² y *mindfulness* grupal.
- Severidad del trastorno mental: leve, moderado y grave³.

La información reportada en los estudios primarios no fue suficiente para poder realizar los restantes análisis por subgrupos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estas comparaciones por subgrupo (ver Anexo 7), por lo que se reporta el estimador global de este desenlace (ver Anexo 6).

² No se encontró información de psicoeducación grupal, por lo cual no se incluye en el metaanálisis

³ No se encontró información de severidad del trastorno grave, por lo que no se incluye en el metaanálisis

En base a los 2 estudios, la terapia grupal en personas con depresión que se atienden en APS no tendría efecto en la calidad de vida en comparación con la terapia estándar. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.



Hallazgo 1.1 Resultados clínicos globales

Tabla 2. Resumen de Hallazgos. Efectos de las terapias grupales versus terapia estándar en APS

Resultado de salud (Outcome)	Efecto relativo (IC 95%) -- N° de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Sin intervención	Con Intervención	Diferencia (IC 95%)		
Sintomatología clínica ¹	RR: NA -- N° de participantes: 1.151 10 ECAs (13–22),	14,4 puntos	13,82 puntos	DME: 0,58 menos (0,9 menos a 0,27 menos)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	La terapia grupal en APS para personas con depresión y trastornos ansiosos, podría disminuir la sintomatología clínica, en comparación con la terapia estándar en APS. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.
Remisión clínica	RR: 1,87 (1,42–2,46) -- N° de participantes: 594 3 ECAs (7,9,10)	254 por 1000	476 por 1000	221 más por 1.000 (107 más a 371 más)	⊕○○○ MUY BAJA d,e	La terapia grupal en APS para personas con depresión, podría aumentar la remisión en comparación con la terapia estándar en APS. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.
Calidad de vida ²	RR: NA -- N° de participantes: 567 2 ECAs (13,19)	3,7 puntos	3,67 puntos	DME: 0,03 menos (0,21 menos a 0,15 más)	⊕○○○ MUY BAJA c,f,g	La terapia grupal en APS para personas con depresión, podría no tener efecto sobre la calidad de vida en comparación con la terapia estándar en APS. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.

IC: Intervalo de confianza; GRADE: Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation; RR: Riesgo relativo; ECAs: Ensayos controlados aleatorizados; DME: Diferencia de Medias Estandarizada; NA: No aplica

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo sin la intervención se basa en el puntaje del grupo control con mayor peso en el metaanálisis, correspondiente al puntaje inicial del *Beck Depression Inventory* (BDI) para el desenlace de sintomatología clínica, y del *The World Health Organization Quality of Life questionnaire: Q1—overall perception of quality of life* (WHOQoL-Q1) para el desenlace de calidad de vida (19).

1. La sintomatología clínica se midió a través del *Beck Depression Inventory* (BDI) (13–16,19), *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (21), *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (17,18,22), *Thai version Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (20).

2. La calidad de vida se midió a través del *EuroQoL 5D EQ-5D* (13) y *The World Health Organization Quality of Life questionnaire: Q1—overall perception of quality of life* (WHOQoL-Q1) (19).

a. Se disminuye 1 nivel de certeza en la evidencia por riesgo de sesgo, dado que 3 de los 10 estudios incluidos presentaron sesgos: 1 estudio presentó riesgo de sesgo alto en la generación de la secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación y datos incompletos (14), mientras otro estudio presentó alto riesgo de sesgo por datos incompletos (14)

b. Se disminuye 1 nivel de certeza en la evidencia por inconsistencia, ya que los estudios presentaron un alto grado de heterogeneidad ($I^2=82\%$).

c. Se disminuyen 2 niveles de certeza en la evidencia por imprecisión, debido a que el estudio cruza dos de los umbrales de efecto establecidos. Cuando no se pudo encontrar en la literatura la diferencia clínica mínima importante, se transformó el estimador a una diferencia de media estandarizada y se consideraron los criterios de Cohen: valores entre 0,2 y 0,5 son considerados pequeños, de 0,5 a 0,8 son considerados medianos y de 0,8 a 1,4 se consideran grandes (23).

d. Se disminuye 1 nivel de certeza en la evidencia debido a riesgo de sesgo, ya que 1 de los 2 estudios presenta riesgo de sesgo alto en la generación de la secuencia aleatoria, ocultación de la asignación y datos incompletos (14).

e. Se disminuyen 2 niveles de certeza en la evidencia por imprecisión debido a que el estudio cruza dos de los umbrales de efecto establecidos. Debido a que no se encontraron utilidades directas, se utilizó como *proxy* las utilidades de remisión en pacientes con trastornos depresivos mayores tratados con intervenciones farmacéuticas (24) correspondiente a 0,86. De esta forma, el efecto absoluto de los umbrales fue definido de la siguiente manera: efecto grande: <-414, efecto moderado: -414 a -221, efecto pequeño: -222 a -114, no efecto: -115 a 64; efecto pequeño: 65 a 171, efecto moderado: 172 a 357, efecto grande, >357.

f. Se disminuye 1 nivel de la certeza en la evidencia debido a riesgo de sesgo, ya que 1 de los 2 estudios presentó alto riesgo de sesgo debido al reporte de datos incompletos (13).

g. Se disminuye 1 nivel de certeza por inconsistencia, debido a la heterogeneidad de los resultados reportados por los 2 estudios incluidos.

Hallazgo 1.2 Resultados clínicos por análisis de subgrupos

Tabla 3. Resumen de Hallazgos. Efectos en la sintomatología clínica por tipo de terapia grupal y en la remisión clínica por sexo, de las terapias grupales versus terapia estándar en APS

Resultado de salud (Outcome)	Efecto relativo (IC 95%) -- N° de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Sin intervención	Con Intervención	Diferencia (IC 95%)		
Tipo de terapia grupal						
Sintomatología clínica¹	Terapia grupal cognitivo conductual (TCC)					
	RR: NA -- N° de participantes: 433 6 ECAs (13,15,16,20–22)	19,6 puntos	18,7 puntos	DME: 0,92 menos (1,57 menos a 0,27 menos)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	La terapia cognitivo conductual grupal en APS para personas con depresión y trastornos ansiosos, podría disminuir la sintomatología clínica en comparación con la terapia estándar. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.
	Psicoeducación grupal					
	RR: NA -- N° de participantes: 382, 3 ECAs (14,17,18)	17,1 puntos	16,8 puntos	DME: 0,34 menos (0,54 menos a 0,14 menos)	⊕○○○ MUY BAJA c,d	La psicoeducación grupal en APS para personas con depresión y trastornos ansiosos, podría disminuir la sintomatología clínica en comparación con la terapia estándar. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.
Mindfulness grupal						
RR: NA -- N° de participantes: 336 1 ECA (19).	14,4 puntos	14,37 puntos	DME: 0,03 menos (0,24 menos a 0,19 más)	⊕⊕○○ BAJA d,e	Con certeza baja de la evidencia, se observa que la terapia grupal con <i>mindfulness</i> en APS para personas con depresión y trastornos ansiosos, no tiene un efecto sobre la sintomatología	

				clínica en comparación con la terapia estándar.
Sexo				
Remisión clínica	Población general			
	RR: 1,87 (1,42-2,46) Nº de participantes: 594 3 ECAs (11,13,14)	207 por 1000	387 por 1000	197 más por 1000 (de 95 más a 330 más)
	Mujeres			
RR: 1,87 (1,42-2,46) Nº de participantes: 594 3 ECAs (6,8,9)	243 por 1000	454 por 1000	211 más por 1000 (de 102 más a 355 más)	⊕○○○ MUY BAJA f,g,h

La terapia grupal en APS para personas con depresión y trastornos ansiosos, podría aumentar la remisión clínica en comparación con la terapia estándar. Sin embargo, la evidencia es limitada y se requieren más estudios para confirmar este resultado.

IC: Intervalo de confianza; **GRADE:** Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation; **RR:** Riesgo relativo; **ECA:** Ensayo controlado aleatorizado; **DME:** Diferencia de Medias Estandarizada; **NA:** No aplica

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%), se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en la sintomatología clínica en el grupo sin la intervención, se basa en el puntaje del grupo control con mayor peso en el metaanálisis, correspondiente al puntaje inicial del *Beck Depression Inventory* (BDI) en el desenlace de sintomatología clínica en el grupo TCC (13), psicoeducación (17) y mindfulness (19). El riesgo en el grupo sin la intervención en la remisión clínica se basa en la prevalencia de trastornos de salud mental en Chile (25).

1. La sintomatología clínica se midió a través del *Beck Depression Inventory* (BDI) (13–16,19), *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (21), *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (17,18,22), *Thai version Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (20). En todos estos instrumentos, una mayor puntuación indica una mayor sintomatología clínica.

a. Se disminuye 1 nivel de la certeza en la evidencia debido a riesgo sesgo, ya que 1 de los 6 estudios presenta riesgo de sesgo alto y datos incompletos (13) mientras, 1 de 6 estudios presentó riesgo de sesgo alto en la generación de la secuencia aleatoria y ocultación de la asignación (22).

b. Se disminuye 1 nivel de la certeza en la evidencia por inconsistencia, ya que los estudios presentaron un alto grado de heterogeneidad ($I^2=86\%$).

c. Se disminuyen 2 niveles de la certeza en la evidencia por imprecisión, dado que los extremos del intervalo cruzan dos de los umbrales establecidos. Cuando no se pudo obtener en la literatura la diferencia clínica mínima importante, se transformó el estimador a una diferencia de media estandarizada y se consideraron los criterios de Cohen: donde valores entre 0,2 y 0,5 son considerados pequeños, de 0,5 a 0,8 son considerados medianos y de 0,8 a 1,4 se consideran grandes (23).

d. Se disminuye 1 nivel de la certeza en la evidencia debido a riesgo de sesgo, ya que el único estudio incluido presentó riesgo de sesgo alto y datos incompletos (19).

e. Se disminuye 1 nivel de la certeza en la evidencia por imprecisión, debido a que el estudio cruza uno de los umbrales de efecto establecidos. Los tamaños del efecto de interpretación son: los valores 0,2-0,5 representan cambios pequeños, 0,5-0,8 cambios moderados y > 0,8 cambios grandes.

f. Se disminuye 1 nivel de la certeza en la evidencia debido a riesgo sesgo, ya que un estudio presenta riesgo de sesgo alto en datos incompletos (13) y otro estudio presentó riesgo de sesgo alto en la generación de la secuencia aleatoria, ocultación de la asignación y datos incompletos(14).

g. Se disminuye 1 nivel de la certeza en la evidencia por inconsistencia ya que los estudios presentaron un grado alto de heterogeneidad ($I^2=60.1\%$).

h. Se disminuye 1 nivel de la certeza en la evidencia por imprecisión, debido a que el estudio cruza dos de los umbrales de efecto establecidos. Debido a que no se encontraron utilidades directas, se utilizó como *proxy* las utilidades de remisión en pacientes con trastornos depresivos mayores tratados con intervenciones farmacéuticas (24), correspondiente a 0,86. En ese sentido, el efecto absoluto de los umbrales fueron definidos de la siguiente manera: efecto grande: <-414, efecto moderado: -414 a -221, efecto pequeño: -222 a -114, no efecto: -115 a 64; efecto pequeño: 65 a 171, efecto moderado: 172 a 357, efecto grande: >357.

Hallazgo 2. Terapias grupales comparadas con terapia individual en resultados clínicos

Se encontró un estudio realizado en el Reino Unido (22), que comparó una TCC grupal en pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia versus la terapia individual. Respecto a la sintomatología ansiosa, se señala que los pacientes sometidos a terapia grupal presentaron un puntaje de mayor ansiedad, por ende, mayor nivel de síntomas al final de un tratamiento de 84 días en comparación con quienes fueron sometidos a la terapia individual, al ser medidos con el instrumento *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A) (DM= 5,7; IC 95%= 1,72 a 9,68). Sin embargo, esta diferencia no es clínicamente significativa (ver Anexo 8).

Tabla 4. Resumen de Hallazgos. Efectos en la sintomatología ansiosa en personas con trastornos de salud mental tratados con terapia grupal versus terapia individual en APS

Resultado de salud (Outcome)	Efecto relativo (IC 95%) -- N° de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Sin intervención	Con Intervención	Diferencia (IC 95%)		
Sintomatología ansiosa	RR: NA -- N° de participantes: 51 1 ECA (21)	21,3 puntos	27 puntos	DM: 5,7 más (1,72 más a 9,68 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	Con baja certeza en la evidencia, se observa que las terapias grupales en APS para pacientes con trastornos ansiosos de pánico o agorafobia, no tiene un efecto sobre la sintomatología ansiosa, en comparación con la terapia individual.

IC: Intervalo de confianza; GRADE: *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation*; RR: Riesgo relativo; ECA: Ensayo controlado aleatorizado; DM: Diferencia de Medias; NA: No aplica.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%), se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo sin la intervención se basa en el puntaje basal del estudio de Sharp et al (21).

1. La sintomatología clínica se midió a través del *Hamilton Anxiety Scale* (HAM), la cual tiene 14 preguntas y cuya puntuación tiene un rango de 0 a 62. A mayor puntaje, mayor sintomatología ansiosa.

a. Se disminuyen 2 niveles de certeza en la evidencia, debido a que el tamaño muestral no es suficiente y el intervalo de confianza del estimador puntual de la diferencia de medias cruza el umbral de la diferencia clínicamente significativa, establecida como el 30% del puntaje inicial (26). Se establece esta diferencia asemejando la diferencia clínicamente significativa a pacientes con depresión con tratamiento antidepresivo (27).

Hallazgo 3. Terapias grupales comparadas con terapia de autoayuda en resultados clínicos

Se encontró un estudio realizado en Alemania (12), en el cual pacientes con depresión eran sometidos a TCC consistente en 9 sesiones semanales de 90 minutos, en la cual participaban entre 5 a 8 personas. Esto se comparó con una terapia de autoayuda en la cual se creó una atmósfera de apoyo donde los participantes podían comunicar sus situaciones problemáticas, sin embargo, no recibían una intervención psicoterapéutica por el líder del grupo. Respecto a la sintomatología depresiva, según las puntuaciones de *Hamilton Depression Scale (HAMD-17)*, se observa una menor puntuación del grupo que participó en la terapia grupal (DM: -3.48, IC95%= -6,08 a -0,88), lo que implicaría una menor sintomatología. Esta diferencia es clínicamente significativa (ver anexo 9).

Tabla 5. Efectos en la sintomatología depresiva en pacientes tratados con terapia grupal versus terapia de autoayuda

Resultado de salud (Outcome)	Efecto relativo (IC 95%) -- Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Sin intervención	Con Intervención	Diferencia (IC 95%)		
Sintomatología depresiva	RR: NA -- Nº de participantes: 76 1 ECA (7)	15,6 puntos	12,12 puntos	DM: 3,48 menos (6,08 menos a 0,88 menos)	⊕⊕○○ BAJA a,b	Con baja certeza de la evidencia, se observa que las terapias grupales en APS para pacientes con depresión, disminuyen levemente la sintomatología depresiva en comparación con la terapia de autoayuda.

IC: Intervalo de confianza; GRADE: Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation; RR: Riesgo relativo; ECA: Ensayo controlado aleatorizado; DM: Diferencia de Medias; NA: No aplica.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo sin la intervención se basa en el puntaje basal del estudio de Hegerl (12).

1. La sintomatología clínica se midió a través del Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17), la cual tiene 17 preguntas y cuya puntuación tiene un rango de 0 a 52 puntos. A mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva.

a. No se disminuyen niveles de certeza en la evidencia por riesgo de sesgo, debido a que el estudio presenta una adecuada aleatorización y ocultamiento de la asignación. Además, no se pueden determinar sesgos en el reporte selectivo o información incompleta. El estudio fue evaluado por una RS utilizando la herramienta ROBINS-I (5).

b. Se disminuyen 2 niveles de certeza en la evidencia, debido a que el tamaño muestral no es suficiente y el intervalo de confianza del estimador puntual de la diferencia de medias cruza el umbral de la diferencia clínicamente significativa, establecida en 3-5 puntos.

Consideraciones de Implementación

Para el análisis de las consideraciones de implementación, durante la selección de títulos, resúmenes y texto completo de esta síntesis, se realizó una selección de revisiones sistemáticas que pudieran entregar antecedentes para el análisis de la aplicabilidad de la evidencia al contexto local, consideraciones económicas, de equidad y de monitoreo y evaluación.

A continuación, se presentan algunas consideraciones para interpretar la evidencia mostrada en esta síntesis.

Consideraciones de Aplicabilidad

La evidencia aquí contemplada proviene de intervenciones realizadas en Reino Unido (18,19,21), Chile (11,17), Australia (16,22), España (13,15), Alemania (12), Noruega (14), y Tailandia (20). Si bien se encuentra información sobre nuestro país, se debe señalar que los otros países presentan diferentes cifras de prevalencia de patologías de salud mental, en comparación a Chile. Según cifras del Institute for Health Metrics and Evaluation, Noruega, Alemania y Australia presentan una prevalencia de ansiedad mayor al 5,5% de Chile, mientras que Tailandia tiene cifras menores. En el caso de la depresión, España y Australia tienen mayor prevalencia que el 3,6% reportado en nuestro país (28).

Los sistemas de salud de los países incluidos son variados, incluyendo aquellos con sistema único de salud financiados por el estado (España, Noruega, Australia y Reino Unido) y sistema de salud basados en el aseguramiento (Alemania). En cuanto al gasto en APS, el porcentaje de presupuesto asignado a este nivel de atención en relación al total del presupuesto en salud varía entre los países reportados en esta revisión, siendo diferente al financiamiento de nuestro país (29,30).

Un aspecto a considerar a la hora de implementar una terapia grupal es la capacitación de profesionales de salud mental (21,22), de profesionales de salud que no pertenecen a este ámbito y de trabajadores de salud sin formación profesional (11,17). En nuestro país, se implementó el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) (31), un programa trabajado en colaboración con OPS/OMS desde 2015. Hasta agosto de 2020, en el contexto de esta implementación, se ha capacitado a profesionales y técnicos de la APS a nivel nacional.

Dado que este resumen incluyó únicamente a población adulta tratada en atención primaria de salud, se debe tener precaución a la hora de extrapolar estos resultados a otras poblaciones y rangos etarios.

Consideraciones Económicas

Un estudio realizado en Canadá evaluó la costo-efectividad de la terapia cognitiva conductual grupal transdiagnóstica para los trastornos de ansiedad versus el tratamiento habitual durante 8 meses. Este estudio encontró que la intervención grupal generó años de vida ajustados por calidad (QALY) adicionales y mayores costos de atención de salud mental



desde la perspectiva del sistema de salud en comparación con la terapia habitual, siendo una intervención costo-efectiva entre el 89% al 97% de los casos (32).

En Uganda, la psicoterapia de grupo sin sesiones adicionales de refuerzo disminuyó el número promedio de episodios depresivos en un 6,2%, en comparación con el tratamiento estándar. Si se incluyen sesiones adicionales de refuerzo, la reducción del número de episodios aumentó a un 15,8%. La razón de costo-efectividad incremental (ICER: incremental cost-effectiveness ratio) -medida que representa los costos y beneficios diferenciales de pasar de una intervención a otra-- fue de \$1.150 (dólares internacionales al año 2007) por QALY ganado, al pasar de la ausencia de intervención a la psicoterapia grupal con sesiones de refuerzo (33).

Es preciso considerar que un estudio de costo-efectividad se realiza en el marco de un determinado país o contexto, por lo que la aplicación o extrapolación de los resultados del estudio al contexto nacional se debe realizar con precaución

La validez externa de las evaluaciones económicas encontradas puede verse afectada por variaciones en la estructura de costos en la organización de los sistemas de salud. Por su parte, el horizonte temporal, la perspectiva del estudio y su relación con el abordaje de los costos, los precios y sus fuentes de información, las medidas de efecto, los métodos para obtener las preferencias sobre los estados de salud, las tasas de descuento para costos y efectos, entre otros, son factores que influyen en el diseño del estudio y por tanto en sus resultados.

Consideraciones de Equidad

Los resultados reportados muestran que no hay diferencia en la efectividad de las terapias grupales en la sintomatología clínica de la depresión y trastornos ansiosos, al analizar a la población general o solamente a las mujeres. Sin embargo, no se encontraron estudios realizados únicamente en hombres. Considerando que los hombres tienen una menor prevalencia de trastornos de salud mental que las mujeres y que la población general, las intervenciones aquí descritas pueden tener un efecto diferente en los desenlaces de salud expuestos según sexo (25,34).

Cabe destacar que 2 de los estudios incluidos fueron realizados en Chile y en ese sentido, estas se realizan en contexto de atención primaria de salud, el cual forma parte del sistema de salud público de salud, en el que se atiende la población con menos recursos y con mayor morbilidad en nuestro país (35). En ese sentido, intervenciones en el sistema de salud privado pueden tener resultados diferentes a los contenidos en este informe, pues en este sistema se atiende población más joven, con mayores recursos y con menor morbilidad (35).

Es necesario señalar que los estudios incluidos en esta revisión no se centraron en poblaciones que han sido históricamente excluidas, como migrantes, personas pertenecientes a algún pueblo indígena o población de la comunidad LGBTIQ+.

Consideraciones de Monitoreo y Evaluación

Es necesario contar con datos actualizados en nuestro país sobre la prevalencia de trastornos mentales. En ese sentido, es importante señalar que la diversidad de instrumentos utilizados para evaluar los cambios clínicos varía entre estudios y a nivel poblacional, por lo cual es necesario unificar ciertos instrumentos y utilizar encuestas validadas para nuestra población. En esa línea, se destaca de manera positiva que la escala de depresión de Beck-I esté validada para nuestro país (36).

Además, se debe monitorear la publicación de nueva evidencia que evalúe las terapias grupales en atención primaria de salud, ya que, hasta la fecha, la evidencia sobre el efecto en la sintomatología clínica es limitada.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE - Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. ¿Cuál es el efecto de las terapias grupales en personas con trastornos mentales que reciben atención de salud mental en la APS? Agosto, 2023. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/>

Autores

- **Nelson Vargas-Malebrán** (responsable principal) profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia
- **Deborah Navarro Rosenblatt**, profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.

Palabras claves

Group Therapy; Primary Health Care; Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- **Lucy Kühn Barrientos**, profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.
- **Paula Nahuelhual Cares**, jefa (s) del Departamento ETESA-SBE.

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. Mental health for Canadians: striking a balance. Authority of the Minister of National Health and Welfare. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. 1988;79(5):327-72.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Barrett K, Chang YP. Behavioral Interventions Targeting Chronic Pain, Depression, and Substance Use Disorder in Primary Care. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs Sigma Theta Tau*. 2016;48(4):345-53.
4. APA. american psychology association. <https://www.apa.org>. [citado 14 de agosto de 2023]. Psychotherapy: Understanding group therapy. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/group-therapy>
5. Santoft F., Axelsson E., Ost L.-G., Hedman-Lagerlof M., Fust J., Hedman-Lagerlof E. Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(8):1266-74.
6. Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *J Behav Med*. 2019;42(6):1117-41.
7. Schwartze D, Barkowski S, Strauss B, Burlingame GM, Barth J, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for panic disorder: Meta-analysis of randomized, controlled trials. *Group Dyn Theory Res Pract [Internet]*. 2017;21(2). Disponible en: <http://www.epistemikos.org/documents/4e6698b055c4132df7a57595abf83b6b8e948850>
8. Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA, Booth A, Slade P, Parry G, et al. Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2010;14(44):1-iv.
9. Huntley AL, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2012;200(3):184-90.
10. Scope A, Leaviss J, Kaltenthaler E, Parry G, Sutcliffe P, Bradburn M, et al. Is group cognitive behaviour therapy for postnatal depression evidence-based practice? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2013;13(100968559):321.
11. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 22 de marzo de 2003;361(9362):995-1000.
12. Hegerl U, Hautzinger M, Mergl R, Kohnen R, Schütze M, Scheunemann W, et al. Effects of pharmacotherapy and psychotherapy in depressed primary-care patients: a randomized, controlled trial including a patients' choice arm. *Int J Neuropsychopharmacol*. febrero de 2010;13(1):31-44.
13. Casañas R, Catalán R, del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 18 de diciembre de 2012;12:230.
14. Dalgard OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for

- unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540). *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 28 de junio de 2006;2:15.
15. Gonzalez S, Fernández-Rodríguez C, Rodríguez J, Vázquez I. Secondary prevention of depression in primary care. *Psychol Spain*. 1 de enero de 2007;11:24-23.
 16. Milgrom J, Negri LM, Gemmill AW, McNeil M, Martin PR. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol*. noviembre de 2005;44(Pt 4):529-42.
 17. Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, González M, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 10 de noviembre de 2007;370(9599):1629-37.
 18. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *Br J Clin Psychol*. noviembre de 2002;41(Pt 4):405-9.
 19. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 4 de julio de 2015;386(9988):63-73.
 20. Longchoopol C, Thapinta D, Ross R, Lertwatthanawilat W. The Thai Group Cognitive Behavior Therapy Intervention Program for Depressive Symptoms among Older Women: A Randomized Controlled Trial. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 1 de enero de 2018;22(1):74-85.
 21. Sharp DM, Power KG, Swanson V. A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clin Psychol Psychother*. 2004;11(2):73-82.
 22. Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*. diciembre de 1996;30(6):852-60.
 23. Cohen, Jacob. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nda ed. 1988.
 24. Revicki DA, Wood M. Patient-assigned health state utilities for depression-related outcomes: differences by depression severity and antidepressant medications. *J Affect Disord*. febrero de 1998;48(1):25-36.
 25. Vicente P B, Rioseco S P, Saldivia B S, Kohn R, Torres P S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPPI). *Rev Médica Chile*. mayo de 2002;130(5):527-36.
 26. Puhan MA, Frey M, Büchi S, Schünemann HJ. The minimal important difference of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2 de julio de 2008;6(1):46.
 27. Hengartner MP, Plöderl M. Estimates of the minimal important difference to evaluate the clinical significance of antidepressants in the acute treatment of moderate-to-severe depression. *BMJ Evid-Based Med*. abril de 2022;27(2):69-73.
 28. Institute of Medicine. *Reducing Suicide: A National Imperative* [Internet]. 1st edition. National Academies Press; 2002 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/10398/reducing-suicide-a-national-imperative>
 29. Primary Care - OECD [Internet]. [citado 16 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/primary-care.htm>

30. Primary Care Spending: High Stakes, Low Investment | Primary Care Collaborative [Internet]. [citado 16 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://thepcc.org/it/node/209596>
31. Sapag JC, Álvarez Huenchulaf C, Campos Á, Corona F, Pereira M, Véliz V, et al. Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en Chile: aprendizajes y desafíos para América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*. 30 de abril de 2021;45:e32.
32. Chapdelaine A, Vasiliadis HM, Provencher MD, Norton PJ, Roberge P. Cost-effectiveness of transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for anxiety disorders v. treatment as usual: economic evaluation of a pragmatic randomized controlled trial over an 8-month time horizon using self-reported data. *Psychol Med*. 25 de enero de 2023;1-13.
33. Siskind D, Baingana F, Kim J. Cost-effectiveness of group psychotherapy for depression in Uganda. *J Ment Health Policy Econ*. septiembre de 2008;11(3):127-33.
34. Nazar G, Gatica-Saavedra M, Provoste A, Leiva AM, Martorell M, Ulloa N, et al. Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Rev Médica Chile*. octubre de 2021;149(10):1430-9.
35. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública*. noviembre de 2005;18:346-58.
36. Valdés C, Morales-Reyes I, Pérez JC, Medellín A, Rojas G, Krause M, et al. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Rev Médica Chile*. agosto de 2017;145(8):1005-12.

Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

Ovid MEDLINE(R) ALL / PubMed(R)

Fecha de ejecución de la búsqueda: 07-07-2023

- 1 Primary Health Care/ or General Practitioners/ or General Practice/ or Physicians, Family/
- 2 (General adj2 (Practitioners or Practice or practitioner*)).ti,ab.
- 3 (famil* adj2 (physician* or medical or doctor*)).ti,ab.
- 4 (primary and (healthcare or health-care or care or "care service" or "care services" or medical care)).ti,ab.
- 5 1 or 2 or 3 or 4
- 6 Mental Disorders/ or Depression/ or Anxiety Disorders/ or Depressive Disorder/ or Psychotic Disorders/ or Bipolar Disorder/ or Dysthymic Disorder/ or Cyclothymic Disorder/ or Substance-Related Disorders/ or child behavior disorders/ or Obsessive-Compulsive Disorder/ or mood disorders/ or depression, postpartum/ or depressive disorder, major/ or dysthymic disorder/ or cyclothymic disorder/ or Conduct Disorder/ or agoraphobia/ or anxiety, separation/ or neurotic disorders/ or panic disorder/ or phobic disorders/ or phobia, social/ or "bipolar and related disorders"/ or motor disorders/ or alcohol related disorders/ or alcohol amnestic disorder/ or alcohol withdrawal delirium/ or alcoholism/ or binge drinking/ or psychoses, alcoholic/ or cocaine related disorders/ or marijuana abuse/ or opioid related disorders/ or opium dependence/ or attention deficit and disruptive behavior disorders/ or attention deficit disorder with hyperactivity/
- 7 Violence/ or Exposure to Violence/ or Intimate Partner Violence/ or Domestic Violence/ or Gender-Based Violence/
- 8 6 or 7
- 9 exp Psychotherapy, Group/ or exp Psychosocial Intervention/ or exp group therapy/ 22748
- 10 5 and 8 and 9
- 11 limit 10 to (meta analysis or "systematic review")

EPISTEMONIKOS

Fecha de ejecución de la búsqueda:07-07-2023

- 1 (((behavi* OR conduct OR mood OR anxiet* OR bipolar* OR "impulse control" OR personalit* OR "obsessive-compulsive" OR "post-traumatic" OR depressi*) AND (disease* OR disorde*)) OR ((partner* OR domestic* OR gender*) AND violence) OR (psychiatric OR mental* OR psycholog* AND (disease* OR disorde*)))
- 2 (((dependence OR addicti* OR use OR abuse) AND (drug OR alcohol OR marijuana OR cocaine OR opiod*)) OR alcoholism*)
- 3 1 OR 2
- 4 ((general AND practic*) OR (primary AND (care* OR healthcare*)) OR "family physician")
- 5 3 AND 4

6 ("Group-delivered" OR "encounter group" OR (social AND network*) OR (network* OR support* OR psychosocial AND (group OR intervention OR therapy)) OR (group* AND (therap* OR intervention* OR counselling OR psychotherap* OR format OR approach OR program OR strateg* OR train* OR session* OR "conversational intervention" OR "conversational treatment" OR treatment)))

7 5 AND 6: ((((((behavi* OR conduct OR mood OR anxiet* OR bipolar* OR "impulse control" OR personalit* OR "obsessive-compulsive" OR "post-traumatic" OR depressi*) AND (disease* OR disorde*) OR ((partner* OR domestic* OR gender*) AND violence) OR (psychiatric OR mental* OR psycholog* AND (disease* OR disorde*)))))) OR (((dependence OR addicti* OR use OR abuse) AND (drug OR alcohol OR marijuana OR cocaine OR opiod*) OR alcoholism*)) AND ((general AND practic*) OR (primary AND (care* OR healthcare*)) OR "family physician")) AND ("Group-delivered" OR "encounter group" OR (social AND network*) OR (network* OR support* OR psychosocial AND (group OR intervention OR therapy)) OR (group* AND (therap* OR intervention* OR counselling OR psychotherap* OR format OR approach OR program OR strateg* OR train* OR session* OR "conversational intervention" OR "conversational treatment" OR treatment)))

8 Filtrado por RS de intervención

Psychology Database- ProQuest

Fecha de ejecución de la búsqueda:07-07-2023

1 (((behavi* OR conduct OR mood OR anxiet* OR bipolar* OR "impulse control" OR personalit* OR "obsessive-compulsive" OR "post-traumatic" OR depressi*) AND (disease* OR disorde*)) OR ((partner* OR domestic* OR gender*) AND violence) OR (psychiatric OR mental* OR psycholog* AND (disease* OR disorde*)))

2 (((dependence OR addicti* OR use OR abuse) AND (drug OR alcohol OR marijuana OR cocaine OR opiod*)) OR alcoholism*)

3 1 OR 2

4 ((general AND practic*) OR (primary AND (care* OR healthcare*)) OR "family physician")

5 3 AND 4

6 ("Group-delivered" OR "encounter group" OR (social AND network*) OR (network* OR support* OR psychosocial AND (group OR intervention OR therapy)) OR (group* AND (therap* OR intervention* OR counselling OR psychotherap* OR format OR approach OR program OR strateg* OR train* OR session* OR "conversational intervention" OR "conversational treatment" OR treatment)))

7 5 AND 6 AND filtro por titulo y abstract AND revisiones de la literatura: TI,AB((((behavi* OR conduct OR mood OR anxiet* OR bipolar* OR "impulse control" OR personalit* OR "obsessive-compulsive" OR "post-traumatic" OR depressi*) AND (disease* OR disorde*)) OR ((partner* OR domestic* OR gender*) AND violence) OR (psychiatric OR mental* OR psycholog* AND (disease* OR disorde*)))) OR (((dependence OR addicti* OR use OR abuse) AND (drug OR alcohol OR marijuana OR cocaine OR opiod*)) OR alcoholism*)) AND ((general AND practic*) OR (primary AND (care* OR healthcare*)) OR "family physician")) AND ("Group-delivered" OR "encounter group" OR (social AND network*) OR (network* OR support* OR psychosocial AND (group OR intervention OR therapy)) OR (group* AND (therap* OR intervention* OR counselling OR psychotherap* OR format OR

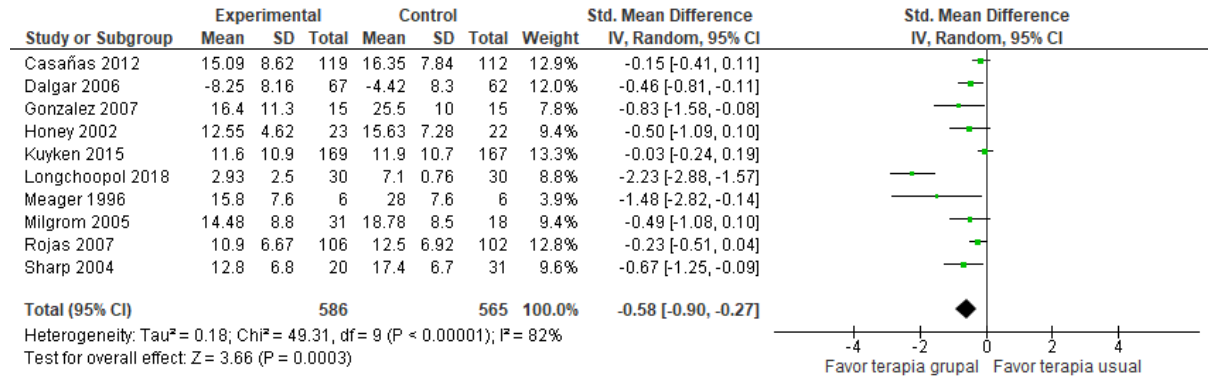
approach OR program OR strateg* OR train* OR session* OR "conversational intervention"
OR "conversational treatment" OR treatment)))

8 Filtrado por revisiones de la literatura



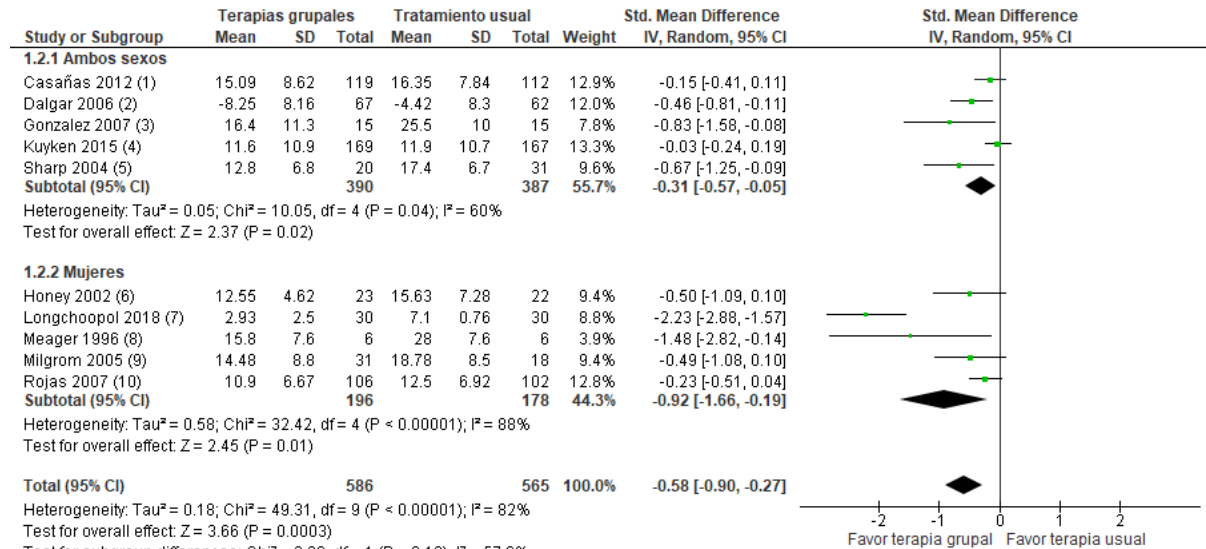
Anexo 2: Análisis global del efecto en la sintomatología clínica de las terapias grupales en comparación al tratamiento estándar o cuidado usual

Sintomatología clínica: efecto global



Anexo 3: Análisis por subgrupos del efecto en la sintomatología clínica de las terapias grupales en comparación al tratamiento estándar o cuidado usual

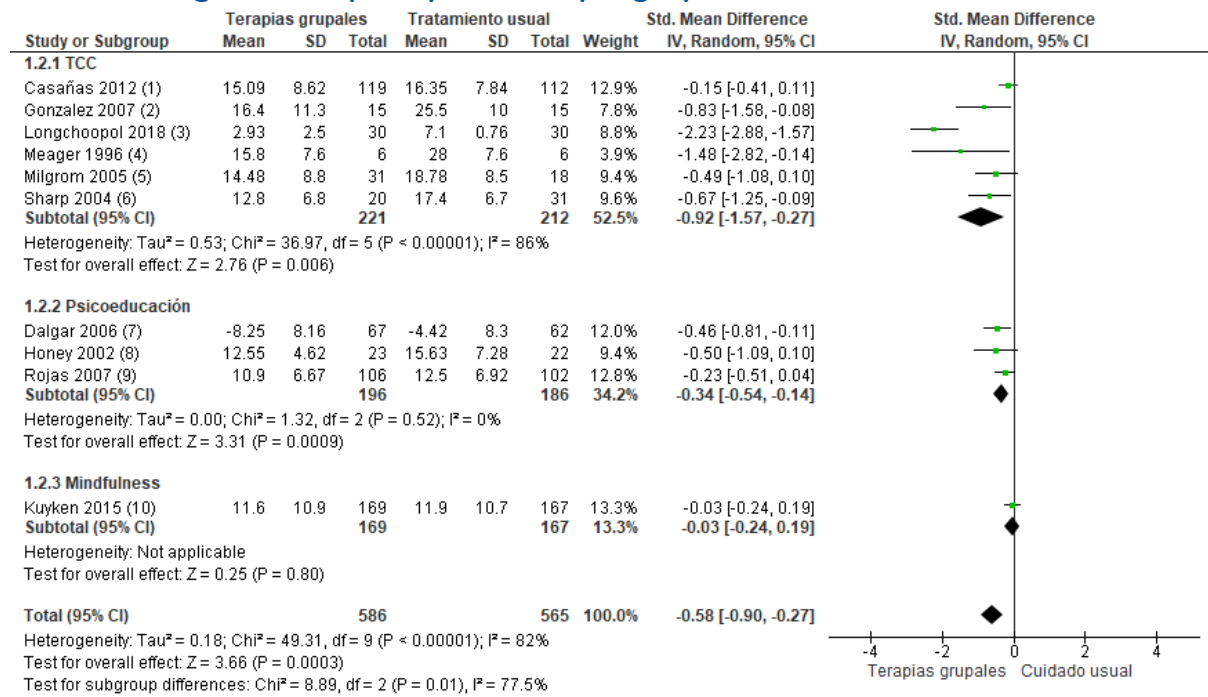
Sintomatología clínica por sexo



Footnotes

- (1) Seguimiento a los 9 meses medido por BDI
- (2) Sintomatología depresiva a los 6 meses medida por BDI.
- (3) Síntomas depresivos con BDI
- (4) Síntomas depresivos residuales mediante BDI a los 24 meses.
- (5) Síntomas depresivos mediante Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery & Asberg, 1979) al final del tratamiento
- (6) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (7) Depresión mediante Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) a los 3 meses de la intervención
- (8) Síntomas depresivos mediante Edinburgh Post-Natal Depression
- (9) Sintomatología depresiva a los 3 meses medida por BDI
- (10) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.

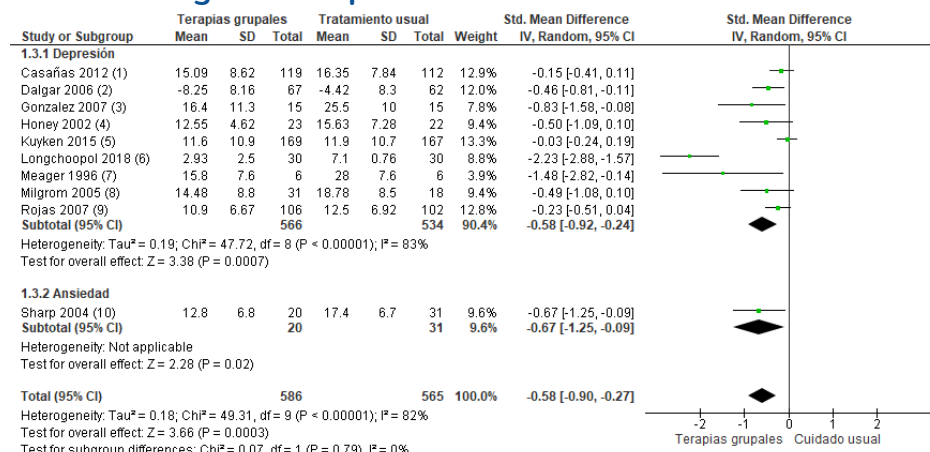
Sintomatología clínica por tipo de terapia grupal



Footnotes

- (1) Seguimiento a los 9 meses medido por BDI
- (2) Síntomas depresivos con BDI
- (3) Depresión mediante Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) a los 3 meses de la intervención
- (4) Síntomas depresivos mediante BDI.
- (5) Sintomatología depresiva a los 3 meses medida por BDI
- (6) Síntomas ansiosos mediada Hamilton Anxiety Scale (HAM-A; Hamilton, 1959) al final del tratamiento)
- (7) Sintomatología depresiva a los 6 meses medida por BDI.
- (8) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (9) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (10) Síntomas depresivos residuales mediante BDI a los 24 meses.

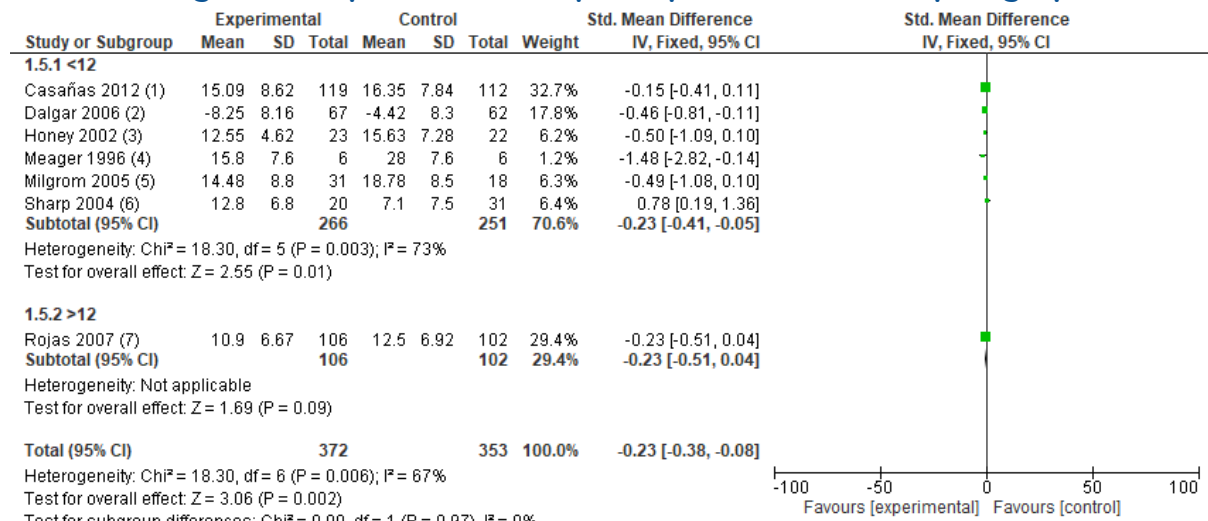
Sintomatología clínica por trastorno de salud mental



Footnotes

- (1) Seguimiento a los 9 meses medido por BDI
- (2) Sintomatología depresiva a los 6 meses medida por BDI.
- (3) Síntomas depresivos con BDI
- (4) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (5) Síntomas depresivos residuales mediante BDI a los 24 meses.
- (6) Depresión mediante Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) a los 3 meses de la intervención
- (7) Síntomas depresivos mediante BDI.
- (8) Sintomatología depresiva a los 3 meses medida por BDI
- (9) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (10) Síntomas ansiosos mediada Hamilton Anxiety Scale (HAM-A; Hamilton, 1959) al final del tratamiento

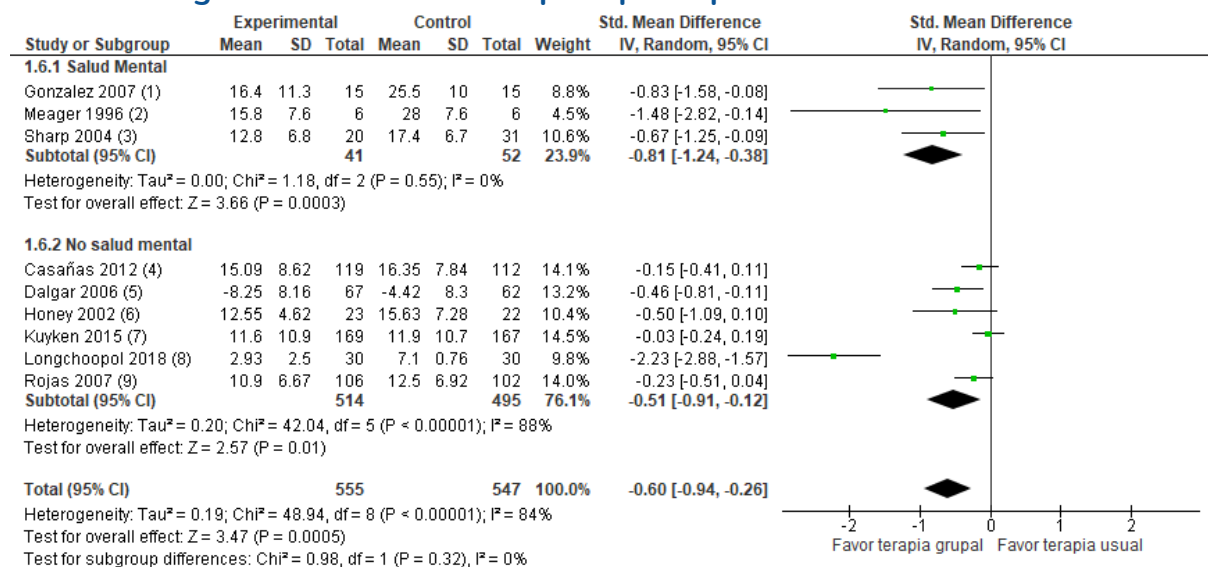
Sintomatología clínica por número de participantes en las terapias grupales



Footnotes

- (1) Seguimiento a los 9 meses medido por BDI
- (2) Diferencia de medias en la intervención a los 6 meses medido por el BDI
- (3) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses
- (4) Síntomas de depresión post-natal a las 10 semanas mediante Edinburgh Post-Natal Depression
- (5) Sintomatología depresiva a los 3 meses medida por BDI
- (6) Síntomas ansiosos mediada Hamilton Anxiety Scale (HAM-A; Hamilton,1959) al final del tratamiento
- (7) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses

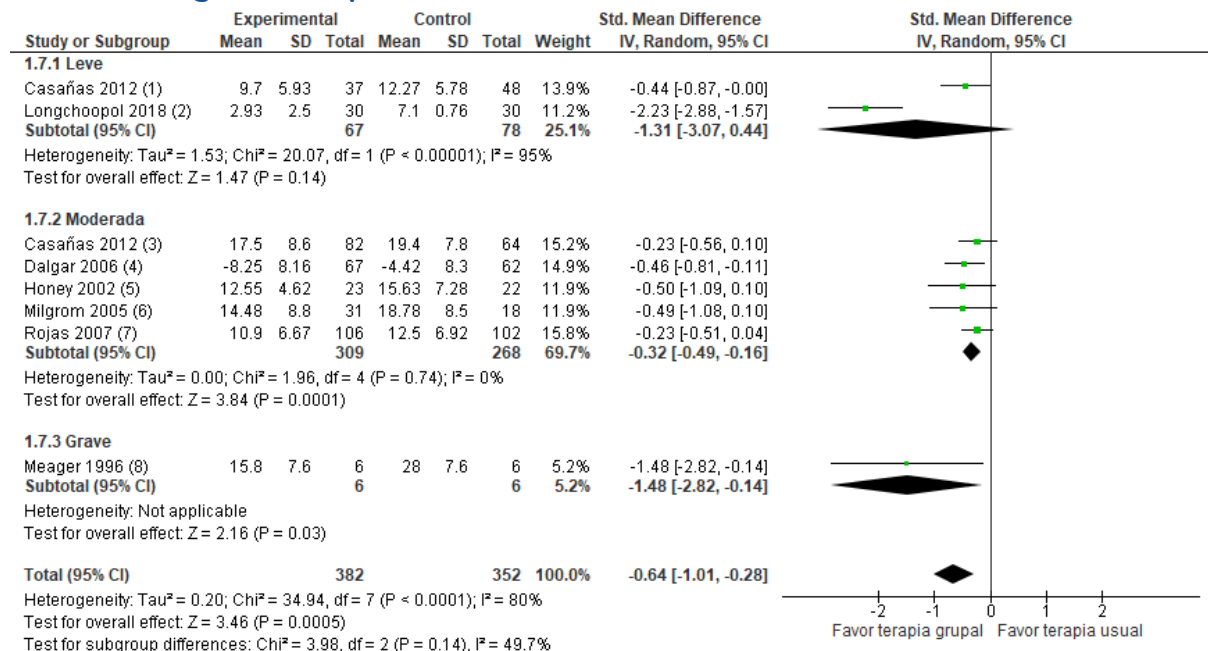
Sintomatología clínica diferenciada por tipo de profesional de salud



Footnotes

- (1) Síntomas depresivos con BDI
- (2) Síntomas de depresión post-natal mediante Edinburgh Post-Natal Depression a las 10 semanas
- (3) Síntomas depresivos mediante Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery & Asberg,1979) al final del tratamiento
- (4) Seguimiento a los 9 meses medido por BDI
- (5) Sintomatología depresiva a los 6 meses medida por BDI.
- (6) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (7) Síntomas depresivos residuales mediante BDI a los 24 meses.
- (8) Depresión mediante Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) a los 3 meses de la intervención
- (9) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.

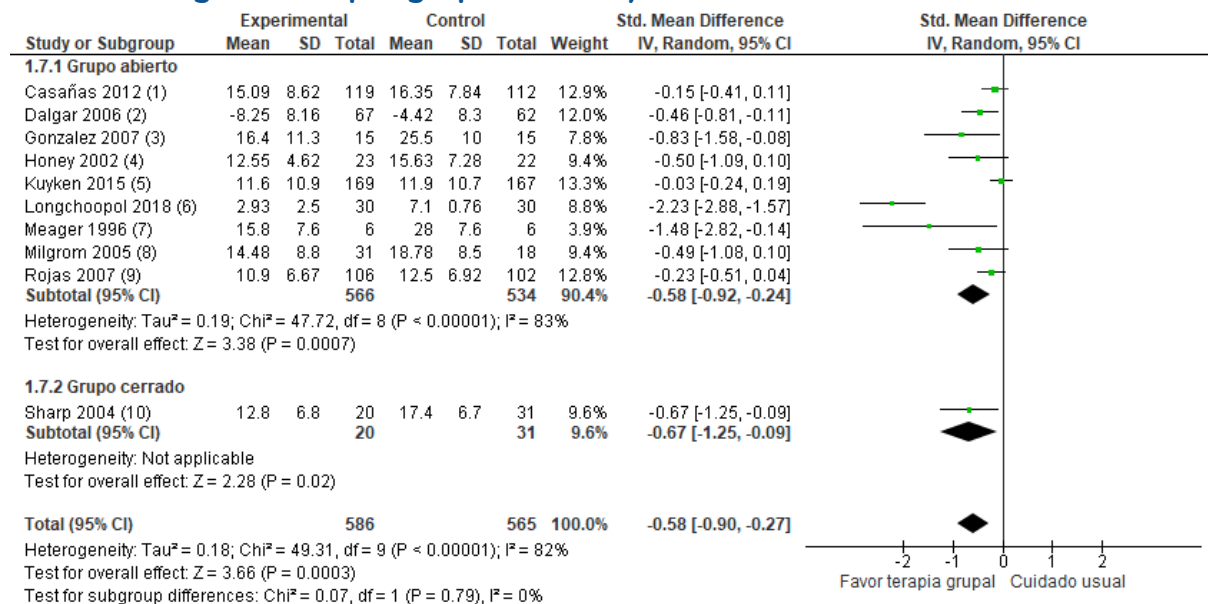
Sintomatología clínica por severidad del trastorno de salud mental



Footnotes

- (1) Cambios en sintomatología depresiva a los 9 meses medido por BDI
- (2) Depresión mediante Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) a los 3 meses de la intervención
- (3) Cambios en sintomatología depresiva a los 9 meses medido por BDI
- (4) Sintomatología depresiva a los 6 meses medida por BDI.
- (5) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (6) Sintomatología depresiva a los 3 meses medida por BDI
- (7) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (8) Síntomas depresivos mediante Edinburgh Post-Natal Depression

Sintomatología clínica por grupo cerrado y abierto

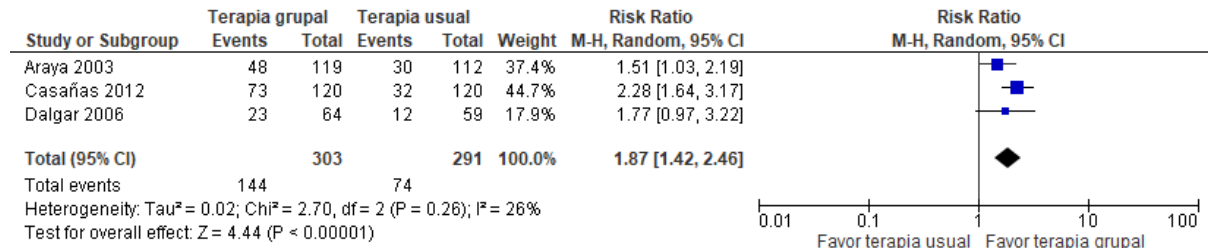


Footnotes

- (1) Seguimiento a los 9 meses medido por BDI
- (2) Sintomatología depresiva a los 6 meses medida por BDI.
- (3) Síntomas depresivos con BDI
- (4) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (5) Síntomas depresivos residuales mediante BDI a los 24 meses.
- (6) Depresión mediante Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) a los 3 meses de la intervención
- (7) Síntomas depresivos mediante Edinburgh Post-Natal Depression
- (8) Sintomatología depresiva a los 3 meses medida por BDI
- (9) Síntomas depresivos postnatales mediante EPDS a los 6 meses.
- (10) Síntomas depresivos mediante Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery & Asberg, 1979) al final del tratamiento

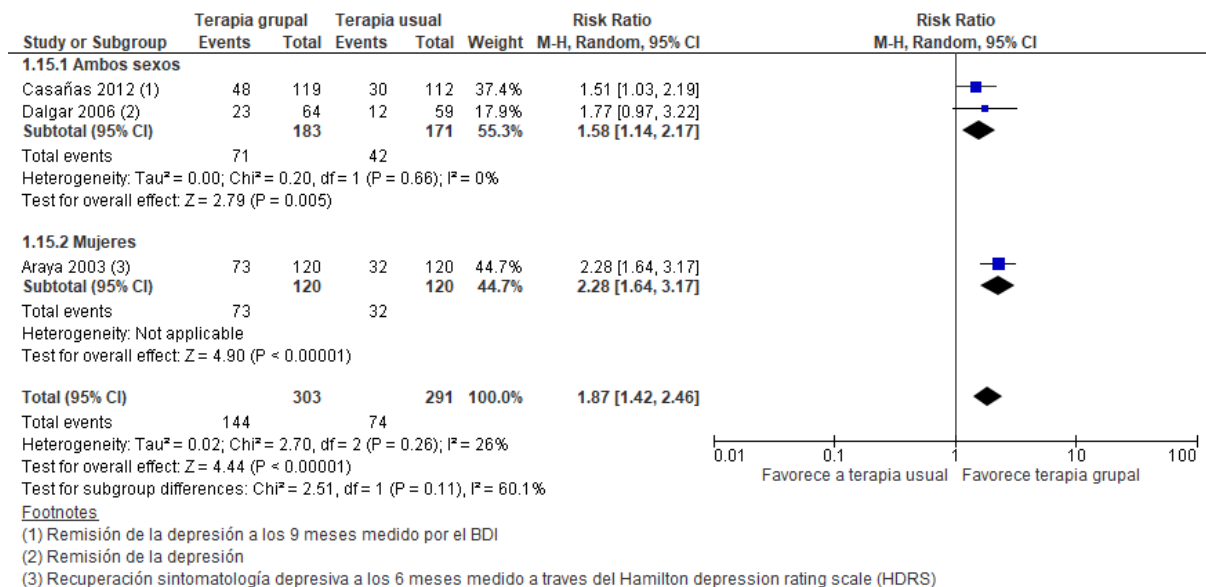
Anexo 4: Análisis global del efecto en la remisión clínica de terapias grupales en comparación al tratamiento estándar o cuidado usual

Remisión clínica: efecto global

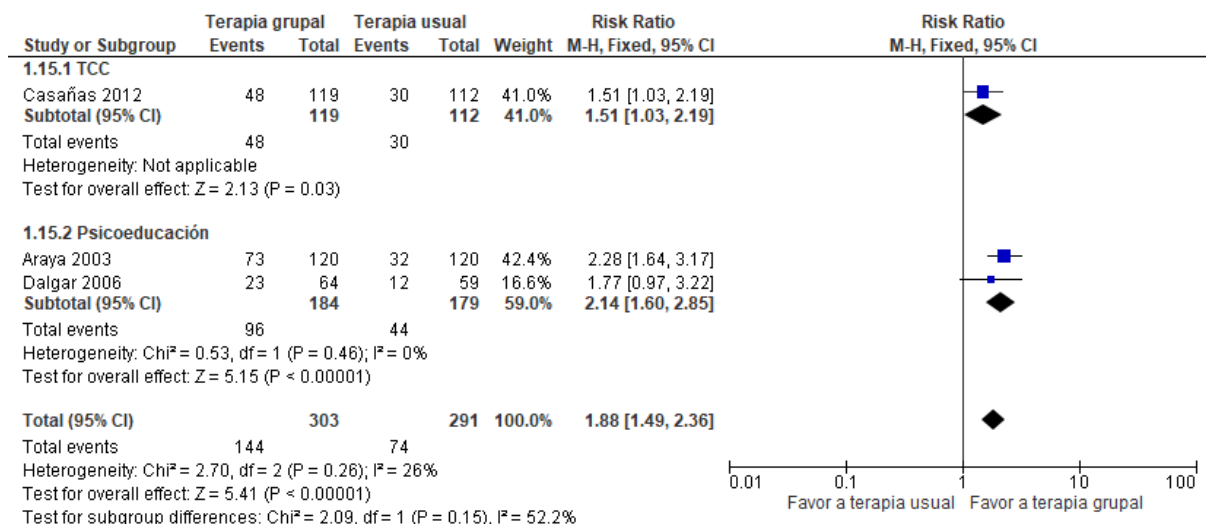


Anexo 5: Análisis por subgrupos del efecto en la remisión clínica de terapias grupales en comparación al tratamiento estándar o cuidado usual

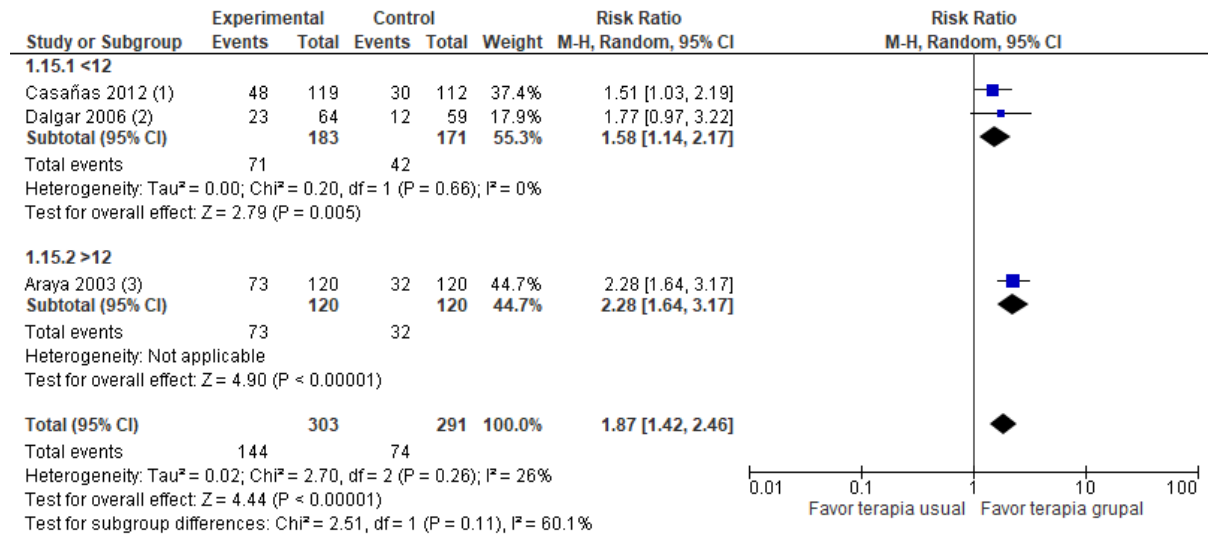
Remisión clínica por sexo



Remisión clínica por tipo de terapia grupal



Remisión clínica por número de participantes en los grupos



Footnotes

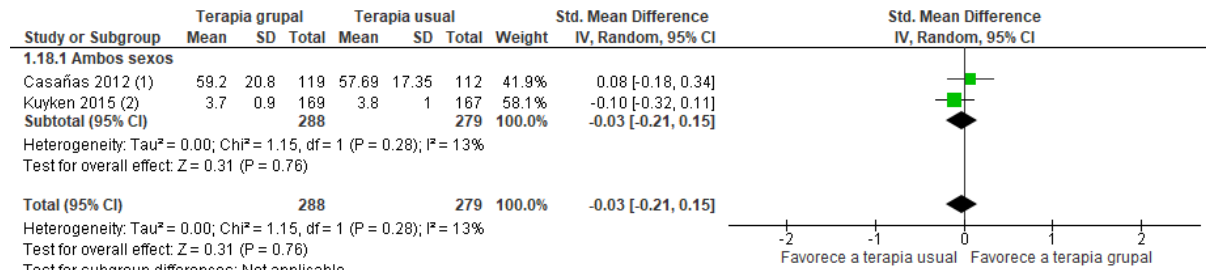
(1) Remisión de la depresión a los 9 meses medido por el BDI

(2) Remisión de la depresión

(3) Recuperación sintomatología depresiva a los 6 meses medido a través del Hamilton depression rating scale (HDRS)

Anexo 6: Análisis global del efecto en la calidad de vida de terapias grupales en comparación al tratamiento estándar o cuidado usual

Calidad de vida: efecto global



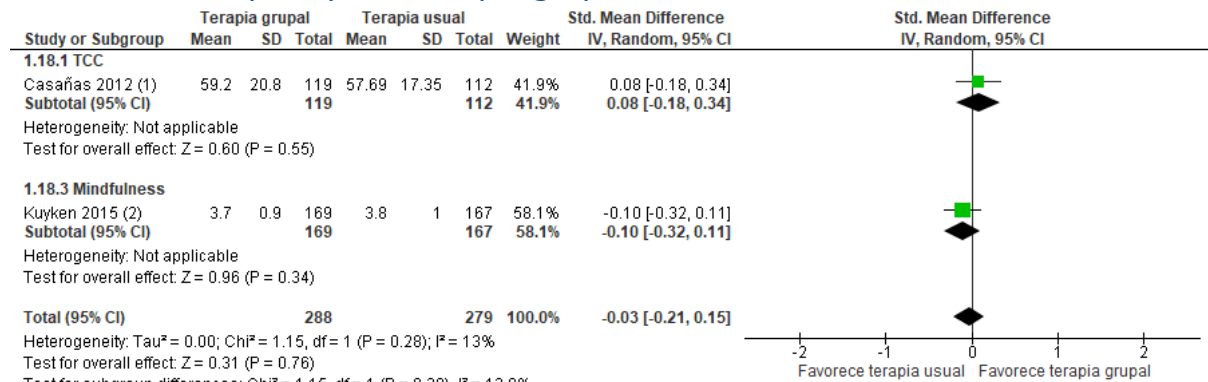
Footnotes

- (1) Seguimiento a los 9 meses. Calidad de vida medido por el EQ5-D.
- (2) Seguimiento a los 24 meses. Percepción general de la calidad de vida Calidad de vida mediante WHO-QoL: Q1.



Anexo 7: Análisis por subgrupos del efecto en la calidad de vida de las terapias grupales en comparación al tratamiento estándar o cuidado usual

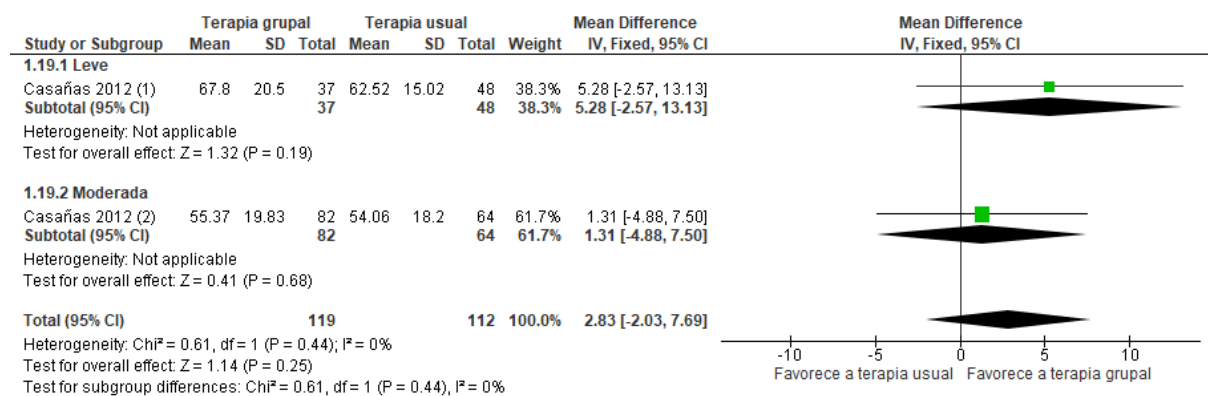
Calidad de vida por tipo de terapia grupal



Footnotes

- (1) Seguimiento a los 9 meses. Calidad de vida medido por el EQ5-D.
- (2) Seguimiento a los 24 meses. Percepción general de la calidad de vida Calidad de vida mediante WHO-QoL: Q1.

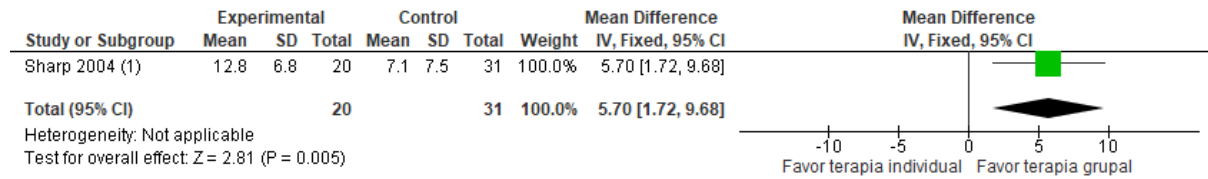
Calidad de vida por severidad del trastorno de salud mental



Footnotes

- (1) Calidad de vida medido por el EQ5-D
- (2) Calidad de vida medido por el EQ5-D

Anexo 8: Análisis global en la sintomatología ansiosa de terapias grupales en comparación con terapia individual

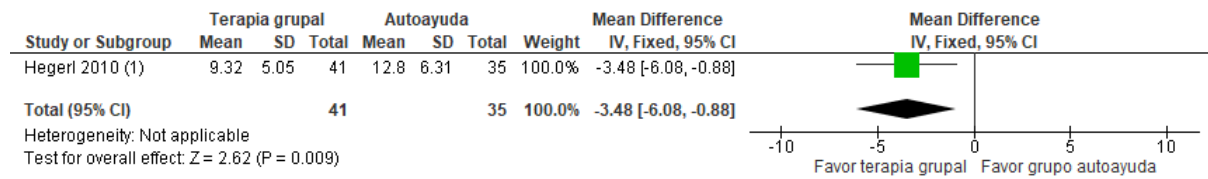


Footnotes

(1) Síntomas ansiosos mediada Hamilton Anxiety Scale (HAM-A; Hamilton, 1959) al final del tratamiento



Anexo 9: Análisis global del efecto en la sintomatología depresiva de las terapias grupales en comparación con grupo de autoayuda



Footnotes

(1) Sintomatología depresiva medido por HAMS