



Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària
Barcelona Ciutat

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ GRUPAL PSICOEDUCATIVA PER A PACIENTS AMB DEPRESSIÓ LLEU/MODERADA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA



**PROTOCOL D'INTERVENCIÓ GRUPAL
PSICOEDUCATIVA PER A PACIENTS AMB
DEPRESSIÓ LLEU/MODERADA
A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA**



Aquest protocol d'intervenció grupal ha estat finançat pel Ministerio de Sanidad y Consumo, en el marc de la convocatòria d'Ajuts a Projectes de Recerca de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2007 del Instituto de salud Carlos III.

© Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat

Edició: Barcelona, abril de 2009

Coordinació editorial: Gabinet de Comunicació Integral i Relacions Externes. Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat

Revisió lingüística: Toni Mercadal Moll

Disseny gràfic del logotip: Helena Alexia Tena Soria

Il·lustració: laVi (www.lavidisseny.com)

Dipòsit Legal: B-40125-2009

Aquest protocol s'hauria de citar:
Grup de treball del Protocol d'intervenció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió lleu/moderada a l'atenció primària.PI07/90712

Coordinació:

Rocío Casañas Sánchez

Psicòloga. Centre d'Higiene Mental Les Corts.

Autors (per ordre alfabètic):

Jordi Armengol Vallés

Psicòleg i infermer. Direcció de Planificació, Compra i Avaluació. Regió Sanitària de Barcelona.

M. Antonia Campo Osaba

Infermera. Equip d'Atenció Primària Sanllhey. Referent de salut mental del Servei d'Atenció Primària Dreta.

Amparo Escudero Soler

Infermera especialista en salut mental. Centre de Salut Mental Les Corts.

Inés Falder Serna

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

Eva M. Fernández Linares

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

M. Teresa García Tarafa

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

Isabel Moya Colacios

Infermera especialista en salut mental. Unitat de Salut Mental Badia del Vallès.

Elena Puigdevall Grau

Psicòloga i infermera. Direcció de Planificació, Compra i Avaluació. Regió Sanitària de Barcelona.

Antonia Raya Tena

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

M. Teresa Romero Pina

Infermera especialista en salut mental. Centre Salut Mental Sarrià-Sant Gervasi.

Col·laboradors (per ordre alfabètic):

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

Revisors externs:

Dr. Miquel Casas

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

Dra. Mercè Teixidor

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

Dr. Josep Maria Recasens

Psiquiatre. Centre Pi i Molins, Barcelona.

Sra. Yolanda Lejardi Estévez

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

Sra. Isabel Montull Sanz

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

Sra. Teresa Cervelló Rodon

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

Sra. M. Mercè Valls Colomer

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

Comitè de Salut Mental d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat

Dr. Ramon Ciurana. Metge. Equip d'Atenció Primària La Mina.

Dra. Eulàlia Torrent. Metgessa. Equip d'Atenció Primària Poble Sec.

Dr. Xavier Fernández. Metge. Equip d'Atenció Primària Sant Andreu.

Dr. J. Antonio Pérez. Metge. Equip d'Atenció Primària Carmel.

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

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

Entitats col·laboradores:

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



ÍNDEX

1. Presentació.....	13 pàg.
2. Introducció.....	17 pàg.
3. Descripció de la intervenció grupal.....	21 pàg.
4. Procés de derivació de pacients.	23 pàg.
4.1. Circuit de captació de pacients.....	23 pàg.
4.2. Coordinació entre atenció primària i salut mental.....	24 pàg.
4.3. Formació professional d'infermeria.....	24 pàg.
5. Programa de sessions grupals	
• 1a sessió. Presa de contacte amb el grup.....	31 pàg.
• 2a sessió. Activació conductual I.....	37 pàg.
• 3a sessió. Activació conductual II.....	45 pàg.
• 4a sessió. Com cuidar-se per avançar I.....	57 pàg.
• 5a sessió. Tècnica de resolució de problemes I.....	75 pàg.
• 6a sessió. Tècnica de resolució de problemes II.....	75 pàg.
• 7a sessió. Autoimatge i autoestima.....	89 pàg.
• 8a sessió. Assertivitat.....	97 pàg.
• 9a sessió. Com cuidar-se per avançar II.....	109 pàg.
• 10a sessió. Els pensaments positius I	119 pàg.
• 11a sessió. Els pensaments positius II.....	119 pàg.
• 12a sessió. Comiat del grup.....	129 pàg.
6. Classificació de les intervencions d'infermeria que s'han utilitzat en les sessions grupals	131 pàg.
7. Conclusions.....	135 pàg.
8. Referències bibliogràfiques.....	137 pàg.
9. Annexos	
9.1. Full de derivació al grup psicoeducatiu.....	145 pàg.
9.2. Escales d'avaluació	
• Inventari de Beck.....	147 pàg.
• Qüestionari EuroQoL-5D.....	151 pàg.
• Termòmetre de l'estat de salut.....	153 pàg.
• Enquesta de satisfacció.....	155 pàg.
9.3. Full d'observació.....	159 pàg.

1. Presentació

El document que us presentem és un protocol d'intervenció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió lleu/moderada que ha estat creat específicament per a la realització de l'estudi, finançat pel Ministerio de Sanidad y Consumo, "*Evaluación de la efectividad y eficiencia de un programa de enfermería de intervención grupal psicoeducativa en pacientes con trastorno depresivo leve desarrollado en los equipos de atención primaria de Barcelona Ciudad. PI07/90712*", en el marc de la convocatòria d'Ajuts a Projectes de Recerca de "*Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2007*" del Instituto de salud Carlos III.

Per dur a terme aquest protocol ens hem basat en dues guies editades per l'Institut Català de la Salut, elaborades per a la realització d'aquest tipus d'intervenció grupal a l'atenció primària de Barcelona:

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

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

Aquest protocol pretén aconseguir l'homogeneïtzació de les intervencions grupals que fan els infermers/es dels diversos equips d'Atenció Primària (EAP) que participen en aquesta investigació.

Així mateix, l'objectiu final de l'estudi és desenvolupar una nova eina d'intervenció en el tractament de les depressions lleus que es pugui utilitzar des de l'àmbit d'infermeria

d'atenció primària i que s'integri en la continuïtat assistencial de les intervencions que rep el pacient, tant des de l'atenció primària com des de l'especialitzada en salut mental.

En aquest protocol, s'ha volgut donar molta importància als aspectes pràctics de cada sessió i a les tasques que el pacient ha de fer a casa. Per això, a cada sessió s'utilitza com a eina de treball un material didàctic i s'hi duen a terme una o diverses dinàmiques grupals per facilitar la participació dels membres del grup. També, per a cada sessió hi ha una activitat que els pacients han de dur a terme durant la setmana. D'aquesta manera es vol potenciar el paper actiu de la persona que forma part del grup i la seva implicació en la pròpia educació sanitària, en l'adquisició de recursos i habilitats i, per tant, en el seu canvi. L'objectiu és afavorir l'autocura i la coresponsabilitat del pacient en el seu estat de salut.

S'ha elaborat un document en PowerPoint que conté tot el material didàctic que s'utilitza com a suport de les sessions i s'ha gravat en un disc compacte per lliurar-lo als infermers/es conductores dels grups.

Aquest document, el componen les 12 sessions que formen el protocol d'intervenció grupal i per a cada sessió s'esmenten les intervencions d'infermeria corresponents. Atès que algunes intervencions no són específiques d'una sola sessió, sinó que es podrien desenvolupar en més d'una, s'ha valorat crear un document a part on es recullin de manera global totes les intervencions de la Classificació de les intervencions d'infermeria, *Nursing Intervention Classification* (NIC), que s'han utilitzat^(26, 35).

Com a documentació annexa hi trobem: a) full de derivació/acollida al grup, amb els seus criteris d'inclusió/exclusió per a aquest tipus d'intervenció grupal en concret; b) full d'observació de la sessió; c) els instruments d'avaluació utilitzats preintervenció i postintervenció grupal (Beck Depression Inventory i EuroQoL), i d) una documentació complementària per a cada sessió grupal, com a informació d'interès per l'infermer/a que du a terme la sessió.

El grup que ha elaborat aquest protocol està format per infermeres d'atenció primària, infermeres especialistes en salut mental, psicòlegs i psicòlogues i professionals sanitaris amb experiència en aquest tipus d'intervenció grupal.

També hi ha col·laborat personal d'infermeria d'atenció primària de Barcelona ciutat amb una experiència de més de dos anys en aquest tipus d'intervenció grupal psicoeducativa amb pacients amb ansietat i depressió lleu/moderada.

2. Introducció

La depressió i l'ansietat són dos dels trastorns mentals més freqüents en la nostra societat. Normalment, provoquen una discapacitat important, sofriment i limitacions a la persona que les pateix, arribant a perjudicar la seva activitat en diversos àmbits de la vida, com ara l'ocupacional i la psicosocial, i estan associades significativament a més morbiditat i mortalitat⁽¹⁴⁾.

Segons l'OMS, els trastorns mentals d'ansietat i depressió es troben entre els trastorns psiquiàtrics de major prevalença, tot i que hi ha variacions culturals en la seva incidència⁽³⁶⁾. La depressió ocupa el quart lloc dins les patologies més prevalents en l'actualitat, ja que afecta al voltant de 121 milions de persones a tot el món⁽³⁷⁾, i es calcula que l'any 2020 se situarà en segon lloc, darrere les patologies coronàries⁽³⁷⁾.

Estudis epidemiològics han revelat l'alta prevalença de la depressió. Entre el 9% – 20% de la població estarà afectada per una depressió durant la seva vida⁽⁴²⁾ i un estudi (*Global Burden of Disease* [1997])⁽³²⁾ considera la depressió com la quarta malaltia més important en termes d'impacte clínic, social i mental, per la càrrega que comporta.

L'alta prevalença dels trastorns mentals es relaciona amb les transformacions de la nostra societat, la falta de suport familiar i social, la solitud, la ruptura de les xarxes socials, l'augment de patologies orgàniques cròniques relacionades amb l'augment de l'esperança de vida i l'envelliment de la població^(42,43).

L'OMS fa molt d'èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia mental. Considera la salut mental com un recurs, com un valor per si mateixa i com un dret humà bàsic que és essencial per al desenvolupament social i econòmic de les persones.

La promoció de la salut mental té l'objectiu de fomentar una salut mental positiva que augmenti el benestar psicològic, la capacitat i la fortalesa emocional i creï condicions i entorns favorables de vida⁽³⁶⁾. Per a la prevenció dels trastorns mentals es remarca la necessitat^(36,37) d'un procés de mobilització dels recursos locals, estatals, nacionals i internacionals per resoldre problemes importants de salut que afecten les comunitats (Detels i altres, 2002^[16]), així com per detectar precoçment els trastorns per tal de minimitzar-ne el risc d'evolució disfuncional.

A l'atenció primària, els trastorns depressius se situen en una prevalença d'un 5% a un 9%, en les dones, i d'un 2% a un 4%, en els homes; amb xifres més altes en les dones entre els 12 anys i els 55 anys⁽³⁸⁾.

Per això, l'atenció primària és l'àmbit fonamental en la detecció i l'abordatge dels trastorns depressius lleus, segons les directrius del *Pla director de salut mental i addiccions del Departament de Salut*⁽⁴²⁾, i seguint la línia de la *Declaració europea de salut mental* (Hèlsinki, 2005) i de les *Estratègies en el Sistema Nacional de Salut* (2006) de l'Estat espanyol.

Malgrat que els tractaments psicològics i els psicoeducatius s'han mostrat tan eficaços com els farmacològics i, fins i tot, més eficients, són els tractaments farmacològics els més estesos dins la Sanitat Pública, a pesar de la seva controvertida eficàcia. També, moltes persones abandonen els tractaments farmacològics a causa dels seus efectes secundaris i, per tant, resten sense tractament, amb les consegüents limitacions socials, familiars i laborals que això comporta⁽¹⁷⁾.

Segons un informe de l'OMS, hi ha estudis que demostren que els programes en format grupal amb l'objectiu d'educar el pacient per a una cognició positiva eviten els estils de pensament negatiu i milloren les habilitats de solució de problemes, demostren efectes significatius en la reducció dels símptomes depressius i en la prevenció dels episodis de

depressió. Els estudis valoren que aquests programes són intervencions indicades per a persones amb un trastorn depressiu lleu/moderat i per als pacients d'atenció primària⁽³⁷⁾.

Les teràpies psicològiques que han demostrat la seva eficàcia en aquest perfil de pacients són la teràpia cognitiva, la teràpia interpersonal i la teràpia conductual⁽²²⁾.

A partir dels anys 90 han anat emergint les anomenades teràpies de "tercera generació" dins les teràpies cognitivoconductuals; una d'aquestes teràpies és l'activació conductual, que neix de les investigacions realitzades per Jacobson i altres, el 1996⁽²⁵⁾, per verificar quin dels components de les teràpies psicològiques tenia més pes en la millora dels pacients. Els estudis mostren que la teràpia d'activació conductual és tan eficaç com l'aplicació de tota la teràpia cognitivoconductual.

Segons aquestes teràpies de "tercera generació", la depressió s'entén dins el context de les circumstàncies personals, allunyada de les explicacions que la consideren una "avaria" interna, psiquiàtrica o psicològica. Els símptomes es valoren com a intents o esforços fallits per resoldre un problema de la vida. L'enfocament de la depressió és més, doncs, una situació en què una persona està, i no el concepte de "malaltia" que un té dins el cap.

Des de la perspectiva d'aquestes noves teràpies, la visió de la persona depressiva canvia; té un paper més actiu en relació amb el seu problema, ja que pot modificar les condicions reals que l'originen, i no se la concep com un subjecte passiu, receptor de remeis que fomenten que se senti desvalgut i que s'instal·li en el rol de "malalt".

La psicoeducació és una intervenció útil per a la prevenció i la promoció de la salut en l'àmbit de la salut mental. Segons la bibliografia, es recomanen les intervencions psicoeducatives, tant individuals com grupals, com a tractament d'elecció o alternatiu per a aquests trastorns.

La psicoeducació fa referència a l'educació que s'ofereix a les persones que pateixen un trastorn mental amb l'objectiu que entenguin i siguin capaces de conviure amb les seves dificultats. Reforça els punts forts, els recursos i les habilitats dels pacients per fer front a la

seva situació, per evitar recaigudes i contribuir a la salut i el benestar propis. També té la funció de contribuir a la no estigmatització dels trastorns psiquiàtrics i a la disminució de les barreres per al seu tractament. La intervenció educativa es basa en la intervenció activa del pacient, en l'anàlisi del seu problema i en la seva solució^(1, 24).

En l'àmbit del grup s'informa alhora diversos pacients sobre la seva malaltia i es possibiliten els intercanvis d'experiències entre ells. Es crea un espai de suport mutu. La durada del grup oscil·la en funció dels continguts, la patologia, el nombre de membres i de la seva adhesió. Els contextos sanitaris més habituals per portar a terme grups psicoeducatius són: hospitals, centres d'atenció primària, d'especialitats i de salut mental^(27, 40).

La infermeria ha desenvolupat un rol molt important en la prevenció i la promoció de la salut mental en atenció primària i en la creació de grups d'educació sanitària i/o psicoeducatius. A causa dels canvis de la nostra societat, el rol de la infermeria ha anat canviant i adaptant-se a la nova realitat i a les noves necessitats socials⁽¹¹⁾.

La participació del personal d'infermeria en el procés de salut del pacient, la valoració del compliment del tractament, l'acompanyament psicològic i el suport a la família és fonamental⁽⁴³⁾. Es pot considerar que la infermeria a l'atenció primària és una peça clau per al sosteniment, l'educació sanitària, el vincle terapèutic i la cura dels pacients amb depressió⁽⁴³⁾. Aquestes intervencions han d'oferir-se integrades en el projecte terapèutic del pacient, tant des de l'atenció primària com des de l'especialitzada en salut mental.

3. Descripció de la intervenció grupal psicoeducativa

La intervenció consta de 12 sessions d'una durada de 90 minuts, amb una periodicitat setmanal, guiades per dos infermers/es; una d'elles actua com a conductora del grup i l'altra com a observadora. A més dels professionals, el nombre de participants per grup oscil·la de 8 o 12 persones.

- La intervenció grupal es desenvolupa en 3 fases:

1a fase. L'objectiu és que el pacient augmenti els coneixements sobre el trastorn, adquireixi consciència de la situació actual i coneixement de si mateix. Es treballen diversos mètodes d'autoajuda.

2a fase. L'objectiu és arribar al coneixement d'un estil de vida saludable i l'adquisició de conductes que afavoreixin la seva salut.

3a fase. És l'última fase i té com a objectiu l'anàlisi dels recursos per afrontar situacions crítiques. Es treballen tècniques de resolució de problemes, d'activació conductual i de relaxació-respiració.

- L'estructura de les sessions

La sessió es desenvolupa en tres parts. Una primera part on l'objectiu principal és la informació i l'educació específica de cada sessió; una segona part on l'objectiu és el treball, mitjançant dinàmiques grupals, del tema estudiat en el primer terç de la sessió, i una tercera part d'expressió de sentiments, opinions, dubtes i inquietuds relacionats amb el tema tractat durant la sessió. Cada sessió està estructurada de la mateixa manera:

1. Objectiu
2. Contingut
3. Desenvolupament
 - material didàctic
 - dinàmiques grupals
4. Tasques per fer a casa.

A continuació, us fem una descripció de les 12 sessions grupals, amb els continguts de cada sessió.

- Descripció dels continguts de les 12 sessions

Sessions	Contingut de la sessió
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presa de contacte amb el grup • Aprenentatge d'una tècnica de respiració
2	<ul style="list-style-type: none"> • Activació conductual I • Educació i identificació dels símptomes
3	<ul style="list-style-type: none"> • Activació conductual II
4	<ul style="list-style-type: none"> • Com cuidar-se per avançar I <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimentació ➤ Son ➤ Educació sobre el tractament farmacològic
5	<ul style="list-style-type: none"> • Tècnica de resolució de problemes I
6	<ul style="list-style-type: none"> • Tècnica de resolució de problemes II
7	<ul style="list-style-type: none"> • Autoimatge i autoestima
8	<ul style="list-style-type: none"> • Assertivitat
9	<ul style="list-style-type: none"> • Com cuidar-se per avançar II <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'ús del temps: el ritme i l'activitat diària ➤ Activitat física
10	<ul style="list-style-type: none"> • Els pensaments positius I
11	<ul style="list-style-type: none"> • Els pensaments positius II
12	<ul style="list-style-type: none"> • Comiat del grup • Avaluació final

4. Procés de derivació de pacients

4.1. Circuit de captació de pacients

1. L'equip que atén el pacient (**metge/essa** i **infermer/a**) fa la detecció de les persones amb un possible diagnòstic de **depressió lleu/moderada**. El metge/essa du a terme el diagnòstic. Si es detecta el pacient a la consulta d'infermeria, cal que es comenti el cas al metge i, si confirma el diagnòstic:
2. El pacient **emplena** el qüestionari de depressió de Beck (vegeu l'annex 2), a la consulta de medicina o d'infermeria. Segons la puntuació del qüestionari s'ha de valorar la seva incorporació al grup.
 - Si qüestionari de Beck és ≥ 10 i < 30 punts: **inclusió al grup**.
 - Si qüestionari de Beck és < 10 o ≥ 30 punts: **exclusió del grup**.
3. El metge/essa emplena el *Full de derivació als grups psicoeducatius* de depressió lleu/moderada (vegeu l'annex 1), que fa arribar al grup d'infermeria responsable del grup.
4. Els infermers/es responsables del grup duen a terme les tasques següents:
 - Fan l'**entrevista d'acollida**.
 - Complimenten el **Dossier de recollida de variables*** de l'estudi.
 - Demanen al pacient que signi el **consentiment informat**.
5. Si el pacient compleix les condicions d'inclusió a l'estudi, es du a terme l'aleatorització de la mostra en 2 grups: *grup d'intervenció* (rep intervenció grupal) o *grup de control (llista d'espera)*.
6. Es du a terme la intervenció grupal, amb una durada de 3 mesos. La intervenció grupal consta de 12 sessions, una per setmana.
7. Els infermers/es, en finalitzar la intervenció, fan una avaluació dels pacients del *grup d'intervenció* i del *grup de control*. Complimenten el **Dossier de recollida de variables*** de l'estudi.
8. Es realitza també una avaluació de seguiment als 6 i 9 mesos de l'inici de la intervenció grupal de tots els pacients dels grups d'intervenció i de control. Complimenten el **Dossier de recollida de variables*** de l'estudi.

* S'ha creat un dossier de recollida de variables on els infermers/es recullen les dades dels participants en la investigació durant les quatre avaluacions.

4.2. Coordinació entre l'Atenció Primària i l'especialitzada en salut mental

És important una bona coordinació entre l'atenció primària i l'especialitzada en salut mental a l'hora de portar a terme aquest tipus d'intervenció grupal. En el període de reclutament dels pacients per al grup es poden detectar persones amb una depressió més greu, candidates a ser derivades al centre de salut mental de referència per rebre el tractament corresponent. També durant la intervenció grupal i al finalitzar-la, alguns pacients poden sol·licitar o requerir que els visiti un especialista en salut mental.

Quan es formi un d'aquests grups es recomana que:

- a. En les reunions d'interconsulta amb l'equip del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) corresponent, s'informi de l'inici del grup i dels pacients proposats.
- b. Un infermer/a del CSMA participi en el grup i/o en el seguiment del procés del grup, mitjançant reunions específiques i d'interconsulta. En aquestes reunions es detecta si algun pacient pot necessitar un suport més específic.
- c. S'informi de la finalització del grup en les reunions d'interconsulta amb el CSMA i de les possibles incidències que s'hagin produït. Es valori si algun pacient ha de ser atès pels professionals del CSMA.

4.3. Formació dels professionals d'infermeria que condueixen els grups

Els i les professionals d'infermeria que duen a terme aquest tipus d'intervenció grupal necessiten d'una formació prèvia o uns coneixements mínims sobre la depressió (etiologia, simptomatologia característica, tractament farmacològic, alimentació...), sobre la conducció-observació de grups sanitaris i sobre algunes tècniques com ara la resolució de problemes, la respiració i l'activació conductual.

També és important disposar d'un espai per poder parlar de les experiències personals al grup amb altres companys i companyes que també estan fent la mateixa intervenció grupal. Aquest espai de suport, supervisió o consultoria és important per al professional d'infermeria, ja que li permet expressar experiències i dubtes i aprendre dels companys i companyes.

**Programa de sessions grupals
psicoeducatives
Depressió lleu/moderada**

1a sessió

Presa de contacte amb el grup

1a sessió

- **Objectiu.** Presa de contacte amb el grup. Aprenentatge d'una tècnica de respiració.
- **Contingut**
 - Presentació dels professionals sanitaris i dels membres del grup.
 - Explicació de les normes del grup.
 - Explicació de la metodologia de la intervenció i dels avantatges de la teràpia grupal.
 - Explicació de la tècnica de respiració.

Desenvolupament de la sessió

1. Preparació de l'espai físic. Per preparar la sala, es col·loquen les cadires en forma de circumferència perquè totes les persones es puguin veure les cares. Aquesta preparació de la sala s'ha de fer abans de cada sessió.

2. Presentació dels professionals sanitaris i explicació dels objectius generals del grup.

Els objectius grupals són:

- Augmentar les capacitats per fer front al propi estat d'ànim mitjançant l'aprenentatge i la pràctica de tècniques específiques.
- Reconèixer les dificultats que poden implicar algunes d'aquestes tècniques, segons cada moment personal, però animar a la participació i a la pràctica diària a casa.

3. Presentació dels membres del grup i de les seves expectatives, respecte a la intervenció grupal.

4. Seguidament, es passa a detallar les normes del grup, els avantatges i la metodologia de la intervenció grupal.

5. Es fa l'explicació de la tècnica de respiració i es comenten les tasques per fer a casa.

1. Presentació dels membres i dels professionals sanitaris

La presentació s'ha de fer mitjançant una dinàmica grupal d'una durada d'entre 5 i 10 minuts.

Dinàmica grupal

Individualment, cal que el pacient:

- Es presenti pel nom de pila.
- Digui alguna cosa que "*li agrada fer*" o que "*li agradaria fer*" o que "*li agradava fer*".
- Expliqui què vol aconseguir assistint al grup (expectatives).

Es valora que la presentació la faci cada persona directament al grup, així es facilita la seva integració.

La persona que condueix el grup va elaborant durant la presentació la llista d'activitats positives i de fites que van comentant les persones del grup. A partir d'aquesta llista pot introduir el concepte de depressió i/o els objectius grupals.

Per tal de facilitar la comunicació i la identificació dels diferents membres del grup, al finalitzar aquesta dinàmica, tothom es col·loca un adhesiu a la roba o una targeta a la taula amb el seu nom.

2. Explicació de les normes del grup

Aquestes normes es comenten durant la primera sessió, ja que formen part del procés d'implicació grupal.

Nota. Les normes, es recomana entregar-les als usuaris durant l'entrevista d'acollida prèvia a la intervenció grupal o en la primera sessió grupal.

Normes del grup

- PUNTUALITAT
“Fes que els altres no t’hagin d’esperar. No et perdis l’inici de la sessió. Hem de poder aprofitar el temps del grup”.
- VINE A TOTES LES SESSIONS GRUPALS
“Fes una aliança amb el grup. Avisa l’infermer/a en el cas que no puguis venir. Si faltes a tres o més sessions grupals, amb justificació o sense, hauràs d’abandonar el grup”.
- CONFIDENCIALITAT
“Pots parlar del que estàs aprenent amb els altres. Respecta els teus companys: no facis comentaris a altres persones sobre el que parlen els teus companys”.
- EL MATEIX TEMPS PER A TOTHOM
“Dóna a cada persona la possibilitat de parlar. Cada persona té el seu moment per parlar; cal evitar fer converses al marge. El que parlem, ens interessa a tots”.
- TINGUES UNA ACTITUD CONSTRUCTIVA
“Evita la crítica fàcil, fes comentaris constructius. Ajuda a la resta a trobar el costat positiu de les coses. Sigues curós, reflexiu. No pressionis ningú (evita els “hauries de...”)”.
- HEM D’ANAR A ALLÒ PRÀCTIC...
“Al que està orientat a les solucions, no al costat negatiu de les coses”.
- MOSTRA EL TEU SUPORT
“Dóna el teu suport a un altre membre del grup si té dificultats en allò que tu has pogut superar. Junts, és més senzill”.
- SI NO ESTÀS A GUST, DIGUES-NOS-HO!
“Fes-nos saber com et trobes en el grup. Volem treballar amb tu”.
- TORNA AL GRUP
“No hi renunciïs. Si tens problemes que no es tracten en les sessions, podem treballar aquests aspectes fora del grup i en altres moments, si ho prefereixes”.

3. Avantatges i metodologia de la intervenció grupal

- Avantatges per al pacient

- El pacient aprèn dels altres.
- Percep que no és l'únic (universalitat dels problemes).
- Fomenta el seu altruisme. “*Ajudo els altres i els altres m'ajuden a mi*”.
- Treballa les habilitats de socialització. Coneix gent en la mateixa situació.

- Metodologia grupal

La intervenció consta de 12 sessions d'una durada de 90 minuts amb una cadència setmanal, conduïdes per dos infermers/es; una que actua com a conductora del grup i l'altra com a observadora.

4. Explicació de la tècnica de respiració

“Quan ens sentim malament, tendim a replegar-nos en nosaltres mateixos tan físicament com psíquicament. Al llarg de les sessions ajudarem a desenvolupar estratègies alternatives més funcionals. Un element imprescindible i que s'altera amb facilitat amb les emocions és la respiració.”

La respiració

“Una de les vies d'entrada per a la regulació emocional és la respiració. La respiració poc profunda i irregular ens comporta una oxigenació insuficient. Un estat de tensió emocional ens porta a unes formes de respirar superficials.

Per relaxar-nos d'una manera eficaç, fa falta respirar adequadament. L'oxigen és l'element bàsic de la vida, ja que l'utilitza com a combustible cadascuna de les cèl·lules del nostre organisme.

La respiració ha de ser natural, suau, lenta i silenciosa. L'oxigenació del cos mitjançant una respiració adequada resulta essencial per a la salut i el benestar físic. En inspirar, el cor es relaxa i s'incorpora energia vital a tot el sistema. Exhalar completament i profundament és el primer pas per a una respiració perfecta.

Si adoptem un patró respiratori d'inspiració més llarga que la inspiració, el resultat serà el repòs i la calma, ja que d'aquesta forma s'estimula la resposta de relaxació”.

4.1 Tècnica de respiració alentida amb utilització de paraula clau

És una respiració relaxada diafragmàtica. El procediment és:

- Posar la llengua al paladar per relaxar la tensió facial i la boca una mica oberta.
- Inspirar profundament pel nas durant 2 segons.
- Espirar lentament durant el doble de temps utilitzat en la inspiració.
- Mentre s'espira, cal anar repetint les paraules "pau", "calma", "relaxació".
- Fer una pausa breu abans de tornar a inspirar.

Aquest entrenament de la respiració s'explica a la primera sessió, ja que és aconsellable practicar-lo durant les dues primeres sessions. Després, es podrà combinar amb la respiració abdominal. És aconsellable introduir a les sessions paraules clau que indueixin també a la relaxació mentre es du a terme la pràctica de la respiració.

4.2. Tècnica de respiració abdominal

És una respiració més completa. La respiració abdominal s'associa a un estat de relaxació. La persona ha d'adoptar una posició de descans en una cadira, amb els ulls tancats, amb els dits polzes al melic i els altres dirigits al pubis.

Cal seguir durant 4 minuts el ritme següent:

- Inspirar profundament durant 2 segons pel nas. Es nota si la respiració és correcta perquè l'abdomen s'infla. Mantenir l'aire 2 segons a l'abdomen.
- Espirar per la boca durant 4 segons de manera lenta, llarga i profunda i fer una pausa breu abans d'inspirar una altra vegada. Durant l'espiració es pot comprovar amb les mans si l'abdomen descendeix.

Tasques per fer a casa

- Practicar les dues tècniques de respiració ensenyades durant la sessió "*respiració diafragmàtica*" i "*respiració abdominal*". Entregar als participants del grup el document "*La tècnica de respiració-relaxació*".

2a sessió

Activació conductual I

2a sessió

- **Objectiu.** Facilitar una nova visió de l'estat depressiu, per tal d'identificar els comportaments d'evitació que ajuden a mantenir-lo.

- **Contingut**
 - Què és la depressió lleu? Cal arribar a la definició de la depressió a partir dels símptomes (des del punt de vista físic i mental [dels pensaments]).
 - Conseqüències d'estar depressiu en les conductes i els pensaments.
 - Conducta-emoció. Activació conductual (part I).
 - Què fèiem abans i ara no fem?
 - Conductes d'evitació.
 - Aprenentatge de com interfereixen aquests símptomes en les activitats de la vida diària.

Desenvolupament de la sessió

1. Recordatori dels noms dels participants del grup. Es poden deixar les targetes amb el nom sobre la taula, per tal de facilitar la comunicació i la identificació dels participants.
2. Revisió dels continguts de la sessió anterior mitjançant la participació del grup.
3. Posada en comú de les tasques per fer a casa: "*les tècniques de respiració*".
3. Identificació dels símptomes característics de la depressió mitjançant una dinàmica grupal.
4. Es llança al grup la pregunta: "*Què és la depressió? Què ens porta a dir que estem deprimits?*" Es recull a la pissarra tot allò que resulti rellevant i pertinent del que diguin els participants, separant emoció, pensament, conducta i relacions socials. A partir d'aquest esquema, es facilita la visió de la depressió com un estat, relacionat i mantingut per les pròpies respostes d'evitació, com a conseqüència de l'adaptació a l'estat d'ànim. S'explica el "cercle viciós de la depressió" (vegeu el material de suport 1).
5. Posada en comú, facilitant la identificació de tot allò que el pacient ha deixat de fer.

6. Tasques per treballar a casa: registre de coses que es fan com a conseqüència del fet d'estar deprimit i les conseqüències que comporten (full: *Quines coses faig com a conseqüència d'estar deprimit/ida?*).

1. Identificació dels símptomes característics

Explicació de la dinàmica grupal anomenada “papers en blanc”

- Demanar que cadascú escrigui els símptomes que ell reconeix com a depressius en un paper en blanc de manera anònima. S'ha d'escriure un símptoma per paper.
- Tots els papers es col·loquen dins d'una bossa. Una vegada que tots els papers estan dins la bossa, la persona que condueix el grup els extreu, paper per paper, enumera els diversos símptomes i els escriu en una pissarra.

Amb aquesta dinàmica, es comença a treballar la identificació dels símptomes característics de la depressió i el seu concepte.

2. Què és l'estat depressiu?

“La depressió és una forma d'estar, no una forma de ser.”

“Com tota situació en què hom està, és canviant; té un inici i pot tenir un final. Té relació amb els fets i les circumstàncies que passen a la vida i amb la forma particular que cadascú té de fer-hi front”.

*“Parlem d'estat **depressiu**, en lloc de **depressió**. Aquest estat, que acostuma a iniciar-se com una reacció emocional a un fet o a diversos fets més o menys clars per a cada persona, es veu enfortit i potenciat per totes aquelles accions que es deixen de fer.”*

“S'inicia la trampa depressiva en què, a partir dels sentiments de tristesa, es van evitant tot un seguit d'activitats, de contactes socials, etc.; aquesta evitació porta a potenciar els mateixos sentiments de tristesa, fins que s'oblida, en ocasions, o no es fa front al fet que ha precipitat l'estat emocional i aquest va embolcallant la persona. Aquest estat es pot convertir en una forma d'entendre i sentir la vida, si no es pren el camí de l'acció”.

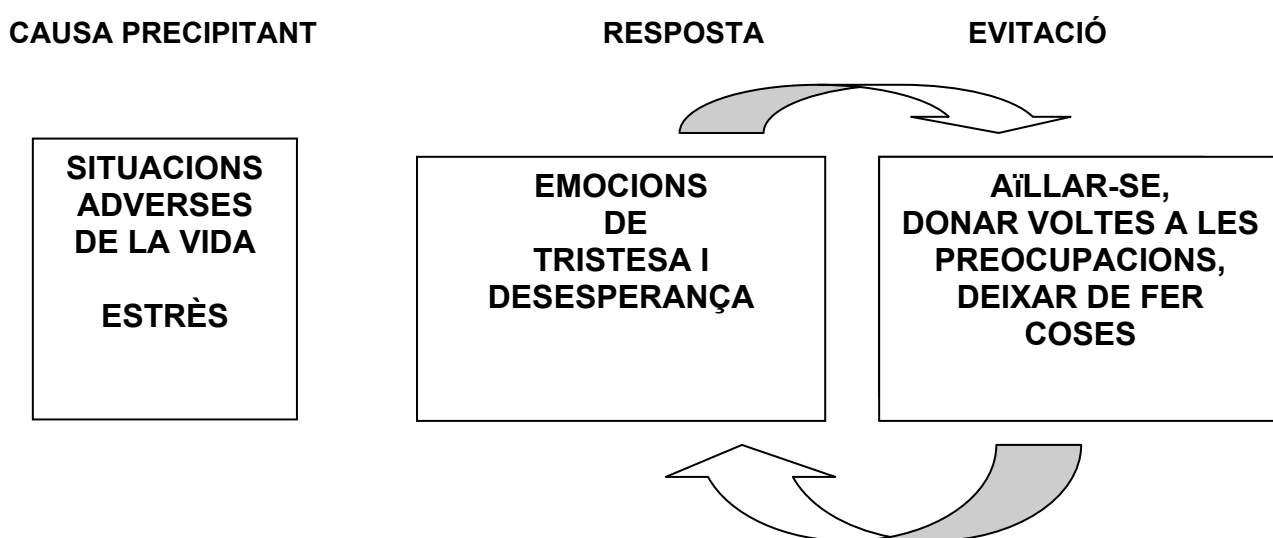
“L'estat depressiu acaba sent una forma d'adaptar-se als sentiments de tristesa; la persona entra en un terreny d'evitació de tot allò que ens enganxa a la vida”.

“Són les conductes d’evitació, les que impedeixen fer front a les circumstàncies: la persona fa de la reacció emocional de tristesa, el nucli del problema; quan el problema és, en realitat, el comportament d’evitació que es va instaurant”.

“Cal estar atent a allò que es deixa de fer, ara i aquí; si es deixa passar l’oportunitat de fer-ho, és una ocasió perduda per a la recuperació; si es fa, és una oportunitat aprofitada que va construint la millora”.

3. Esquema de la depressió

LA TRAMPA DE LA DEPRESSIÓ



EL CAMÍ ALTERNATIU. EL CAMÍ DE L’ACCIÓ



Tasques per fer a casa. S'ha d'emplenar durant la setmana el registre *Quines coses faig com a conseqüència d'estar deprimít/ida?* S'entrega una fotocòpia d'aquest full.

3a sessió

Activació conductual II

3a sessió

- **Objectiu.** Iniciar l'activació conductual (part II).
- **Contingut**
 - Afrontament alternatiu de l'estat depressiu. Fer "com si..." .

Desenvolupament de la sessió

1. Revisió dels continguts de la sessió anterior, facilitant la participació del grup, ja sigui perquè algú en fa el recordatori o perquè hi participa parcialment. Comentaris del grup respecte d'aquests continguts.
2. Posada en comú de les tasques per fer a casa: *Quines coses faig com a conseqüència d'estar deprimit/da?*
3. Realització d'una dinàmica per recordar els noms de les persones del grup i afavorir, així, la cohesió grupal.
4. Presentació del model d'activació conductual. La millora a partir de l'acció. Establiment d'objectius. Actuar "com si..." .
5. Posada en comú que faciliti la identificació d'objectius i les possibles activitats que s'haurien de recuperar.
6. Tasques per fer a casa. Inici del registre en el *Quadern d'activitats quotidianes* i en el *Quadern d'activitat setmanal*.

1. Dinàmica de recordatori dels noms i cohesió grupal

Un membre del grup té un cabdell de llana a la mà i el llança a una altra persona del grup (llança el cabdell quedant-se ell a la mà un extrem del fil). Abans de llançar-l'hi, ha de dir el nom de la persona a qui el llança i fer-li una pregunta qualsevol. Aquesta acció, la repeteixen tots els membres del grup; d'aquesta manera, tothom ha preguntat i ha estat preguntat per algun membre del grup. Una vegada ha finalitzat la dinàmica, s'observa un teixit al mig de la circumferència, en forma de teranyina.

Amb aquesta dinàmica, es vol potenciar el recordatori dels noms; és el moment de treure els adhesius i les targetes identificatives que s'han posat a les sessions anteriors.

Es potencia la cohesió grupal i, per tant, la pertinença al grup. Amb la tela d'aranya es treballa la intracomunicació grupal; és a dir, com les persones poden ajudar-se mútuament, ja que el fet de treballar les influeix de manera directa o indirecta.

Tasques per fer a casa. Cal escriure durant la setmana el *Quadern d'activitat quotidiana* i *Quadern d'activitat setmanal*.

L'objectiu d'aquestes tasques és fer entendre als membres del grup que aquestes activitats, tot i que potser els semblin poc "importants", formen part del seu procés de mobilització per a la recuperació.

També s'adjunta l'activitat *Termòmetre emocional*. Aquesta activitat, es recomana fer-la cada nit, abans d'anar a dormir, durant tot el procés grupal.

Quadern d'activitat quotidiana

Propòsits a curt termini

Propòsits a mitjà termini

Propòsits a llarg termini

Nom

Setmana

Quadern d'activitat setmanal



Setmana	Activitats proposades	Activitats que s'han dut a terme	Comentaris
Dilluns	Matí		
	Tarda		
	Nit		
Dimarts	Matí		
	Tarda		
	Nit		
Dimecres	Matí		
	Tarda		
	Nit		
Dijous	Matí		
	Tarda		
	Nit		
Divendres	Matí		
	Tarda		
	Nit		
Dissabte	Matí		
	Tarda		
	Nit		
Diumenge	Matí		
	Tarda		
	Nit		



El termòmetre emocional



“Es recomana que, a partir d’ara i fins a finalitzar el grup, cada nit, abans d’anar a dormir, valorem com ens hem sentit durant el dia. Per recollir els nostres sentiments utilitzarem un termòmetre emocional. D’aquesta manera realitzarem un seguiment del nostre estat d’ànim i podrem avaluar si millora”.



Nom _____

Termòmetre emocional

Com us sentiu en aquest moment?	Data	Hora
		

Com us sentiu en aquest moment?	Data	Hora
		

Com us sentiu en aquest moment?	Data	Hora
		

Com us sentiu en aquest moment?	Data	Hora
		

4a sessió

Com cuidar-se per avançar I

4a sessió

- **Objectiu.** Presa de consciència de la importància de l'autocura. Com cuidar-se per avançar l.
- Presa de consciència de la importància del menjar i el beure per al bon funcionament de l'organisme i per a l'evolució de la depressió.
- Aprenentatge dels conceptes bàsics d'una alimentació equilibrada com a eina bàsica de la salut i el benestar.

- **Contingut**
- Alimentació. Dieta. Conceptes bàsics sobre les necessitats dels nutrients i la seva repercussió en la salut i el benestar. Necessitats de l'organisme. Recomanacions dietètiques. Dieta equilibrada.
- L'hàbit del son.
- Coneixement del tractament farmacològic dels pacients del grup. Aprofundiment en la importància de prendre adequadament la medicació (adhesió), els seus efectes beneficiosos i adversos.

Desenvolupament de la sessió

1. Revisió dels continguts de la sessió anterior, facilitant la participació del grup, ja sigui perquè algú en fa el recordatori o perquè hi participa parcialment. Comentaris del grup respecte d'aquests continguts.
2. Posada en comú de les tasques per fer a casa: *Quadern d'activitat quotidiana*, *Quadern d'activitat setmanal* i *Termòmetre emocional*.
3. Presentació dels continguts de la sessió.
4. Posada en comú que faciliti la identificació d'objectius i de les possibles activitats que s'han de recuperar.
5. Tasques per fer a casa. Proposta de distribució dels aliments per a un dia de dieta equilibrada.

Nota. Aquesta sessió presenta un annex al final amb informació complementària per a l'infermer/a sobre els temes d'alimentació i dieta, hàbits del son i tractament farmacològic. S'adjunta aquesta informació com a material de suport i consulta o per ampliar els coneixements sobre el tema, s'ha d'evitar d'utilitzar-lo i entregar-lo als pacients durant la sessió.

1. L'alimentació

“En aquesta sessió, analitzarem els nutrients que tenen una relació directa amb la salut mental, i explicarem en quins aliments els trobem en major quantitat. També farem recomanacions per a la dieta de cada dia”.

1.1. Explicació dels conceptes bàsics sobre l'alimentació ^(31, 47)

- *“Una bona alimentació és la base per a una bona salut. A partir dels nutrients que ingerim amb els aliments, el nostre cos pot funcionar amb normalitat; però la carència de qualsevol nutrient repercuteix en la utilització de la resta. Quan en la nostra alimentació hi falta algun nutrient, això afecta el bon funcionament de tot el cos. El cervell és l'òrgan més sensible del nostre cos i, per això, és el primer que sent la carència de qualsevol nutrient. Cada vegada disposem de més estudis ^(44,49,52) que demostren la relació entre determinats nutrients i els estats depressius.*
- *L'aigua és el component més abundant del nostre cos. És necessari ingerir gran quantitat d'aigua cada dia, ja que sense aigua el nostre cos no pot funcionar.*
- *Hi ha exemples de la vida quotidiana amb què podem reforçar aquest concepte: si posem la rentadora només amb sabó i sense aigua, tot i estar connectada al corrent, no aconseguirem que es faci escuma. Si el cotxe té gasolina, però no té aigua o li falta alguna bugia, el motor no arrenca...”.*

Nota: Si els participants tenen preguntes o dubtes respecte de l'alimentació, o si presenten una patologia que requereixi una dieta específica, cal adreçar-los al seu infermer o a la seva infermera perquè els assessori o els proposi una dieta més específica.

1.2. Explicació de les Racions diàries recomanades perquè una dieta sigui equilibrada i *Proposta de distribució per a un dia de dieta equilibrada*

Nota: Després de l'explicació dels conceptes bàsics sobre l'alimentació, s'ha d'entregar a cada participant del grup una fotocòpia del full de *Proposta de distribució per a un dia de dieta equilibrada*. Aquest full servirà com a material didàctic per a l'explicació d'aquest apartat.

Racions diàries recomanades

Grups d'aliments	Freqüència recomanada	Pes de cada ració (neta i crua)
Patates, arròs, cereals d'esmorzar (millor integrals), pa (millor integral) i pasta	De 4 a 6 racions al dia	Patates: 150 g – 200 g Cereals: 30 g – 40 g Pa: 40 g – 60 g Pasta i arròs: 60 g – 80 g
Verdura i hortalisses	2 racions al dia	150 g – 200 g
Fruita	3 racions al dia	120 g – 200 g
Llet i derivats, preferiblement semidescremats	De 2 a 4 racions al dia	Llet: 200 g – 250 ml (un got) iogurt: 200 g – 250 g (2 iogurts) Formatge fresc: 80 g – 125 g Formatge sec: 40 g – 60 g
Oli d'oliva	De 2 a 4 racions al dia	10 ml (una cullerada sopera)
Peix	De 3 a 4 racions a la setmana	125 g – 150 g
Carns magres, aus	De 3 a 4 racions a la setmana (cal alternar-ne el consum)	100 g – 125 g
Ous	De 3 a 4 racions a la setmana	53 g – 63 g
Llegum	De 3 a 4 racions a la setmana	60 g – 80 g
Fruita seca	De 3 a 7 racions a la setmana	20 g – 30 g
Aigua	De 4 a 8 racions al dia	200 ml (un got)
Embotits i carns grasses	Consum ocasional i moderat	
Dolços i refrescos	Consum ocasional i moderat	
Mantega i margarina	Consum ocasional i moderat	
Cervesa o vi	Consum ocasional i moderat, solament en adults	

Proposta de distribució per a un dia de dieta equilibrada

Compareu la vostra dieta amb aquesta proposta de dieta equilibrada per a un dia:

	Aliment i quantitat	Consum habitual
Esmorzar i a mig matí	Llet semidescremada (1 ració)	
	Fruita (una ració)	
	Pa integral (50 g)	
	Tomàquet (una peça)	
	Formatge (40 g)	
	Oli (una cullerada petita)	
Dinar	Verdura o amanida (una ració)	
	Pasta o arròs o llegum o patata o pa (una ració)	
	Carn o peix blau (una ració)	
	Fruita (una ració)	
	Oli (una cullerada petita)	
Berenar	logurt descremat (un o dos)	
	Fruita seca	
Sopar	Verdura o amanida (una ració)	
	Pasta o arròs o patata o pa (una ració)	
	Ou o peix blau (una ració)	
	Fruita (una ració)	
	Oli (una cullerada petita)	

Tasques per a casa

S'ha de demanar als pacients que descriguin la seva dieta habitual d'una setmana (esmorzar-dinar-sopar). Una vegada han fet la descripció, se'ls demana que comparin la seva dieta amb el full *Proposta de distribució per a un dia de dieta equilibrada*.

D'aquesta manera, s'adonaran dels aliments que habitualment no consumeixen i dels que consumeixen en excés.

L'objectiu d'aquesta tasca és aprendre a planificar l'alimentació de manera que porti tots els nutrients, ja que si cada dia es mengen les racions recomanades, s'assegura l'aportació de tots els nutrients que el cos necessita i el cervell funcionarà molt millor.

2. L'hàbit del son

Aquest tema s'ha de treballar mitjançant una dinàmica grupal, i en finalitzar-la, s'ha d'entregar un full de recomanacions. Aquestes recomanacions es troben a l'annex d'aquesta sessió *L'hàbit del son*. Se n'ha d'entregar una fotocòpia a cada participant.

2.1. Descripció de la dinàmica grupal

Es planteja la sessió de manera que cada persona descrigui el seu ritual per anar a dormir. Cal que faci una descripció del nombre d'hores que dorm i del seu estat emocional abans d'anar a dormir i en llevar-se al matí. També es recomana que comentin si dormen durant el dia (p. e. la migdiada).

A través de l'experiència de cadascú s'intenta arribar a un patró nocturn de bon hàbit; cal que cada persona es fixi en el que ha d'evitar o el que ha d'afegir al seu ritual. S'ha de pactar amb els participants el compromís de modificar allò que no fan per afavorir un correcte patró del son i d'evitar el que podria interferir en la seva consecució.

3. Coneixement del tractament farmacològic

D'aquest tema, es treballen les recomanacions de la prescripció mèdica, els seus efectes secundaris, les interaccions amb altres fàrmacs o substàncies i es remarca la importància d'una bona adhesió al tractament.

Nota. Si els participants tenen preguntes o dubtes respecte d'aquest tema que no es puguin respondre durant la sessió, es recomana adreçar-los al seu metge o a la seva metgessa de referència.

ALIMENTACIÓ I DEPRESSIÓ

Una bona alimentació és la base per a una bona salut. A partir dels nutrients que s'ingereixen amb els aliments, el cos pot funcionar amb normalitat. La carència de qualsevol nutrient repercuteix en la utilització de la resta de nutrients. Una dieta inadequada podria ser l'origen d'un estat depressiu. Alguns aliments poden ajudar a millorar la depressió lleu i moderada. De la mateixa manera, la depressió pot comportar una dieta desequilibrada i inadequada que empitjori l'estat general de la persona.

La depressió no té relació amb els problemes, sinó amb la manera que la persona els assumeix. Quan sorgeix un conflicte, la possibilitat d'afrontar-lo depèn més, en molts casos, de l'estat en què es troba la persona, quant al seu nivell d'energia i als seus recursos mentals, que de la gravetat del problema mateix.

Des del punt de vista energètic, les depressions responen quasi sempre a carències energètiques, que impedeixen que la persona pugui afrontar els problemes que se li presenten.

La correcta circulació de l'energia permet que totes les funcions orgàniques, mentals i corporals treballin de forma harmònica. Quan l'energia no flueix i no nodreix el cos de forma adequada, poden produir-se bloquejos emocionals i mentals amb més facilitat. Tot està influenciat, en bona part, pels aliments que s'ingereixen; així, hi ha aliments que dificulten la correcta circulació de l'energia i d'altres que la faciliten.

Amb un tractament dietètic que augmenti l'energia, la capacitat de concentració i el grau de claredat mental de la persona, que harmonitzi l'estat dels seus òrgans i que li permeti ser més conscient dels seus recursos, molts estats depressius poden millorar.

Molts hàbits d'alimentació actuals poden ser grans enemics del cervell. Cada vegada es disposa de més estudis^(44,49,52) que demostren la relació entre determinats nutrients i els estats depressius.

Nutrients del sistema nerviós

Proteïnes

Les proteïnes formen part de tots els teixits de l'organisme. Cada cèl·lula del cos humà conté proteïnes. Són compostos orgànics complexos i la seva estructura bàsica és una cadena d'aminoàcids. Hi ha dos tipus d'aminoàcids: els que l'organisme pot sintetitzar i els anomenats essencials, que són els que l'organisme no pot sintetitzar i els ha d'aportar la dieta. Els que tenen una relació directa amb la depressió són el triptòfan i la fenilalanina.

El triptòfan és un aminoàcid essencial que el cervell utilitza per produir un neurotransmissor anomenat serotonina; ajuda a induir la son de forma natural, disminueix l'ansietat i la tensió i actua com a antidepressiu.

El metabolisme del triptòfan requereix una quantitat adequada de vitamines B₃ i B₆ i de magnesi.

La fenilalanina és l'altre aminoàcid essencial que actua com a neurotransmissor. Se li atribueix una acció antidepressiva, la millora de la memòria i l'activitat mental.

➤ *Aliments rics en triptòfan i fenilalanina*

Ou, pernil, aus (pollastre, gall d'indi...), llet i derivats làctics, peix blau, llegum, fruita seca, arròs, blat, patata, espinacs i plàtan.

Glúcids o hidrats de carboni

La principal funció dels glúcids és aportar energia a l'organisme. El cervell i el sistema nerviós utilitzen preferentment glucosa per obtenir energia. És necessari assegurar una dosi correcta de glucosa a través d'aliments rics en midó, que produeixen un pas gradual de la glucosa a la sang gràcies a la seva digestió lenta.

El factor que més afavoreix els estats depressius és el consum de sucres refinats, és a dir, sucre blanc i els seus derivats (xocolata, productes de pastisseria, refrescos, gelats, fruita en excés...).

El sucre refinat, en el seu procés de metabolització, consumeix gran quantitat de minerals i de vitamines del grup B. Els necessita per a la seva combustió i la seva conversió en energia, de tal manera que, quan es menja sucre, es "roben" a l'organisme minerals, oligoelements i vitamines. A més, els aliments dolços comporten un augment bruscat de sucre a la sang, però també una davallada ràpida; cosa que fa

que, per una banda, el cos demani una nova incorporació de sucre (en un cercle disfuncional) i per l'altre, que es generi sensació d'esgotament i d'irritabilitat.

➤ *Glúcids rics en midó*

Arròs, pasta, pa, llegum, patata, plàtan, figa, castanya.

Lípids

En la composició del cervell, els greixos hi tenen un elevat percentatge i són fonamentals per a la seva formació i creixement. Estudis recents demostren la relació entre els àcids grassos omega-3 i la depressió: els nivells d'omega-3 apareixen sempre baixos en pacients deprimits.

S'han d'evitar els greixos saturats i l'excés de colesterol, ja que són els grans enemics del cervell.

➤ *Aliments rics en omega 3*

Peix blau, fruita seca.

Vitamines

Les vitamines són nutrients essencials per a un bon funcionament de l'organisme, actuen com a reguladors metabòlics i com a reguladors hormonals. S'han d'obtenir dels aliments perquè el cos no les pot sintetitzar.

Es classifiquen en 2 grups:

- Liposolubles
 - Vitamina A (retinol)
 - Vitamina D (colecalfiferol)
 - Vitamina E (tocoferol)
 - Vitamina K

- Hidrosolubles
 - Vitamina B1 (tiamina)
 - Vitamina B2 (riboflavina)
 - Vitamina B3 (niacina)
 - Vitamina B5 (àcid pantotènic)

- Vitamina B6 (piridoxina)
- Vitamina B8 (biotina)
- Vitamina B9 (àcid fòlic)
- Vitamina B12 (cianocobalamina)
- Vitamina C (àcid ascòrbic)

Totes les vitamines del grup B són essencials per al benestar mental i emocional, no es poden emmagatzemar en el cos i, per tant, s'han d'incloure en la dieta cada dia. També és molt important la vitamina C.

Minerals

Els minerals són fonamentals per prevenir i millorar els processos depressius perquè contribueixen a la formació d'algunes substàncies, com ara la serotonina.

Aquest model alimentari mediterrani es pot resumir en els consells següents:

Decàleg de la dieta mediterrània

1. *Cal que utilitzeu oli d'oliva com a principal greix d'addició.*
2. *Heu de consumir aliments vegetals en abundància: fruita, verdura, llegum i fruita seca.*
3. *El pa i els aliments procedents dels cereals (pasta, arròs i els seus productes integrals) haurien de formar part de la vostra alimentació diària.*
4. *Els aliments poc processats, frescos i locals són els més adequats per a la vostra dieta.*
5. *Cal que consumiu diàriament productes làctics, principalment iogurts i formatges.*
6. *La carn vermella, cal que la consumiu amb moderació, si pot ser, com a part de guisats i altres receptes.*
7. *Consumiu peix en abundància i ous amb moderació.*
8. *La fruita fresca hauria de ser el component habitual de les vostres postres; ocasionalment, podeu consumir dolços, pastissos i postres làctics.*
9. *L'aigua és la beguda per excel·lència a la Mediterrània. El vi, l'heu de prendre amb moderació i amb els àpats.*
10. *Heu de fer activitat física cada dia (això és tan important com menjar adequadament).*

L'HÀBIT DEL SON

Podem ajudar els pacients a adquirir l'hàbit del son amb les recomanacions següents:

- ✓ És bàsic que no us adormiu amb la ràdio o la televisió engegades; durant el son, la vostra oïda ho capta tot i ho grava a la ment, sense discernir si són coses bones o dolentes. El descans adequat beneficia la vostra salut mental.
- ✓ Heu d'evitar tenir la televisió al dormitori.
- ✓ És convenient que mantingueu un patró de son regular cada dia, fiqueu-vos al llit i lleveu-vos a la mateixa hora. No desplaceu més de 2 hores el moment de aixecar-vos els caps de setmana (suposant que durant la setmana descanseu suficients hores).
- ✓ Si el son és reparador (sense interrupcions, ni sobresalts), un adult és suficient que dormi 7-8 hores diàries, tot i que les hores que necessita cada persona per sentir-se descansada varien.
- ✓ És bo que feu alguna activitat lleugera i relaxant l'hora prèvia a ficar-vos al llit, (dutxar-vos, practicar la respiració controlada...), i que eviteu situacions que us activin o bé que us impliquin emocionalment.
- ✓ Utilitzeu el llit i el dormitori només per dormir, estigueu inactiu mentre intenteu conciliar el son (no mireu la TV, ni escolteu la ràdio...).
- ✓ Eviteu el consum de begudes amb cafeïna i l'alcohol: poden trencar el son. En canvi, prendre un got de llet o una infusió abans de ficar-vos al llit us pot ajudar a conciliar el son.
- ✓ És convenient que disposeu d'un ambient adequat en el dormitori. L'habitació ha d'estar a les fosques, silenciosa, ventilada i amb una temperatura adequada al confort.
- ✓ Si esteu acostumat a fer una becaina, no l'allargueu més de 30 minuts.
- ✓ Si voleu que el vostre son sigui tranquil i reparador d'energia, és important que mai, passi el que passi, no intenteu resoldre els problemes donant-hi voltes ni penseu en les coses desagradables que han passat durant el dia mentre sou al llit intentant adormir-vos.
- ✓ Quan agafeu el son, procureu que els vostres pensaments siguin molt positius.
- ✓ Recordeu la pràctica de les respiracions com a tècnica preparatòria per a dormir.
- ✓ Us aconsellem la tècnica següent abans d'anar a dormir: quan us traieu la roba penseu que, al costat de cada peça aneu deixant-hi totes les coses que us preocupen. Aquest pensament farà que us fiqueu al llit amb més tranquil·litat.

Recomanació del seu ús

- No es recomana el tractament farmacològic en la depressió lleu per presentar una relació baixa entre risc-benefici. Es poden considerar altres estratègies terapèutiques abans que els fàrmacs antidepressius. Sí que es recomana considerar-los en cas que fracassin altres estratègies terapèutiques, si hi ha problemes psicològics o mèdics associats o una història prèvia de depressió moderada o greu.
- Els fàrmacs antidepressius milloren la depressió moderada i greu.
- Cal informar els pacients, específicament, del possible retard en l'efecte terapèutic dels antidepressius. Segons el fàrmac, el període de latència de l'acció de l'antidepressiu pot iniciar-se cap a la 2a i la 3a setmana, o entre la 4a i la 6a, que és el més habitual. Les primeres setmanes de tractament, el metge/essa ha de fer un seguiment proper del pacient.
- És recomanable mantenir el tractament durant un mínim de 6 mesos després de la remissió i, llavors, valorar amb el pacient la possibilitat de perllongar-lo tenint en compte si hi ha hagut episodis previs i/o presència de símptomes residuals. Els pacients amb episodis previs de depressió són els que més es beneficien d'aquesta prolongació, per l'elevat risc de recurrència de la depressió.

Efectes secundaris

Els antidepressius (AD) poden produir efectes secundaris que solen desaparèixer o disminuir entre els 7 i els 10 dies. Els efectes secundaris són molt variats i depenen de cada antidepressiu. Els més freqüents són els següents:

- Restrenyiment. La dieta ha d'incloure cereals amb contingut alt en fibra, fruita, vegetals i prunes.
- Diarrees. S'ha de fer dieta astringent.
- Vertígens/mareig. Hipotensió ortostàtica; s'aconsella llevar-se del llit o de la cadira a poc a poc.
- Mal de cap. Generalment, cedeix aviat.
- Insomni. Pot ser que aparegui les primeres setmanes; normalment, es resol amb el temps o disminuint el tractament segons la prescripció mèdica.
- Nàusees i vòmits. Són de poca duració.

- Somnolència/sedació. En el cas dels antidepressius sedants, es podria recomanar prendre el medicament abans d'anar a dormir i, d'aquesta manera, ens ajudaria a agafar el son.
- Disfuncions sexuals. Si generen preocupació, es recomana que el pacient parli amb el seu metge/la seva metgessa.
- Ansietat. Si passa per primera vegada després de prendre el medicament AD i és persistent, se li ha de recomanar parlar amb el seu metge/la seva metgessa.
- Boca seca. És útil prendre glops d'aigua amb llimona, mastegar xiclet i rentar-se les dents sovint.

Abans d'iniciar un tractament antidepressiu, el professional sanitari ha d'informar adequadament el pacient: dels beneficis que s'esperen assolir, del temps fins a l'inici de l'efecte del fàrmac, dels efectes secundaris freqüents-infreqüents i personalitzats que puguin sorgir (tant a curt com a llarg termini), i, especialment, de la duració del tractament.

El metge/essa, davant la prescripció d'un fàrmac, té molt en compte la tolerància i els efectes secundaris que pot produir en el pacient. És per això que davant qualsevol dubte o efecte secundari produït per la medicació prescrita s'ha de consultar amb els professionals sanitaris abans de prendre qualsevol decisió.

Els diversos antidepressius, de vegades, tenen poques diferències quant a l'eficàcia, però sí que presenten perfils d'efectes adversos diferenciats.

Perfils concrets de pacients podrien aconsellar fàrmacs diferents, si ens guiem més pels efectes adversos que provoquen que per la seva eficàcia.

Hi ha poca informació sobre possibles efectes secundaris, poc freqüents però molt greus com ara: suïcidi, convulsions, hepatotoxicitat... però no es descarten durant la utilització de tractaments AD de 2a generació.

Interacció amb altres fàrmacs

- Anticoagulants orals. Els antidepressius poden modificar l'efecte anticoagulant, de fet, potencien el seu efecte anticoagulant.
- Cimetidina. Els antidepressius retarden la metabolització dels AD inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS).

- Insulina i antidiabètics orals. Els antidepressius potencien l'efecte hipoglucemiant.
- Benzodiazepines. Els antidepressius augmenten l'efecte sedatiu.
- Alcohol. Els antidepressius potencien l'efecte depressor de l'alcohol sobre el sistema nerviós central (SNC).
- Analgèsics. Els antidepressius augmenten l'efecte analgèsic. Possible sedació excessiva.
- Anticonvulsius. Els antidepressius redueixen l'eficàcia anticonvulsiva.
- Antihistamínics. Els antidepressius potencien l'efecte sedatiu.
- Hipotensors. Els antidepressius antagonitzen l'efecte de molts d'aquests medicaments. No interaccionen significativament amb els inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina (IECA).

En dosis altes o si interaccionen amb altres medicaments poden causar al·lucinacions, confusió, canvis en la pressió sanguínia, rigidesa i arítmies.

En cas de dubte o aparició d'efectes secundaris, cal consultar abans amb l'equip sanitari.

Consideracions a l'hora de prendre un antidepressiu

- El tractament és individualitzat. No s'ha de variar (augmentar o disminuir les dosis, o substituir-lo per un altre tractament per a la depressió) ni abandonar-lo, sense consultar-ho abans amb l'equip sanitari.
- És important que la persona conegui els medicaments que pren, la seva funció i els seus possibles efectes adversos.
- Un mètode per evitar els oblitats és mantenir sempre els horaris de la presa dels medicaments.
- Si el pacient no recorda la medicació que pren, la pot portar escrita en un full de paper. Això servirà per orientar els professionals sanitaris en cas que l'hagin d'atendre.
- És molt important fer un bon compliment de la medicació per evitar els signes de descompensació i aconseguir una bona qualitat de vida.

5a i 6a sessions

Tècnica de resolució de problemes I i II

5a i 6a sessions

➤ Objectius

- Ajudar els pacients a identificar els problemes o conflictes com a causa del seu malestar psicològic.
- Ensenyar-los a reconèixer els recursos que tenen per fer front a les dificultats i millorar el seu locus de control davant les circumstàncies negatives.
- Facilitar-los una metodologia sistemàtica per superar els problemes.
- Recomanar-los un mètode per afrontar dificultats futures.

➤ Contingut

- Resolució de problemes. Exemples exposats durant les sessions.

Desenvolupament de la sessió

1. Revisió dels continguts de la sessió anterior, facilitant la participació del grup, ja sigui perquè algú en fa el recordatori o perquè hi participa parcialment. Comentaris del grup respecte d'aquests continguts.
2. Posada en comú de les tasques per fer a casa: *Proposta de distribució per a un dia de dieta equilibrada*.
3. Presentació del contingut de la sessió.
4. Posada en comú i realització de l'activitat plantejada.
5. Tasques per fer a casa: *Estratègies de resolució de problemes*.

Nota. Aquesta sessió presenta un annex al final amb informació complementària per a l'infermer/a sobre la indicació d'aquesta tècnica de resolució de problemes i sobre els conceptes teòrics principals. S'ha adjuntat aquesta informació com a material de suport, de consulta o per ampliar coneixements sobre el tema i no per ser utilitzat ni lliurat als pacients durant la sessió.

S'entreguen als participants fotocòpies del document *Estratègies de resolució de problemes*.

1. Procediment terapèutic de resolució de problemes^(18, 28)

A. Orientació general cap al problema. Cal compartir el pensament que les situacions problemàtiques formen part de la vida diària i que és possible enfrontar-s'hi de manera eficaç.

Fer-ho comporta aprendre a identificar i reconduir les situacions problemàtiques i, a la vegada, disminuir la tendència a actuar impulsivament. La idea fonamental es basa a detectar la cadena conductual que provoca la resposta impulsiva i quasi automàtica de la persona quan s'enfronta a un problema que li provoca un estat emocional negatiu.

També, la persona pot sentir-se tan sobrepassada pels problemes o es pot veure tan incapaç de superar-los que no posi en funcionament cap alternativa. Amb aquesta tècnica es pretén facilitar el procés d'anàlisi i la presa de decisions.

Es demana a la persona que indiqui el problema o els problemes que té en l'actualitat i el seu nivell de gravetat, en una escala del 0 (gens) al 10 (molta).

B. Definició del problema. Cal obtenir informació rellevant sobre el problema, aclarir la seva naturalesa i establir i pactar amb la persona una fita realista de solució. Definició i formulació del problema en termes de conducta. S'ha de demanar a la persona que defineixi i formuli el problema.

C. Cerca d'alternatives de solució. Es tracta de tenir tantes alternatives de solució com sigui possible davant d'una situació definida anteriorment. S'han de demanar a la persona possibles solucions al problema.

D. Valoració de les alternatives. Cal valorar els avantatges i desavantatges de cada una de les alternatives de solució. Això comporta per a la persona, l'elecció d'aquella alternativa més útil entre les generades, tenint en compte les seves conseqüències individuals i socials a curt, mitjà i llarg termini. S'ha de demanar a la persona quina és la solució escollida, les principals raons de la seva elecció i la tàctica per posar aquesta solució en pràctica.

E. Tria d'una alternativa i posada en pràctica. La persona selecciona la millor alternativa, la posa en pràctica i n'avalua l'efectivitat. Una vegada aplicada, s'adopta com a estratègia general per a situacions similars. Cal demanar a la persona que primer posi en pràctica la solució simbòlicament, imaginant-se que l'està duent a terme. Una vegada realitzada adequadament en la seva ment, ha de posar-la en pràctica en la situació real en què té el problema.

2. Dinàmiques grupals

Durant les dues sessions s'han de treballar aquestes tècniques mitjançant problemes que hagin sorgit en el grup.

2.1. Dinàmica grupal de la sessió 5

Atès que el nombre de participants és d'unes 12 persones, s'han de triar dos problemes per exemplificar en grup el procés complet.

Es pot fer que el grup es plantegi aquests dos problemes per tal de treballar els passos per a la seva resolució o que els conductors del grup plantegin dos problemes "tipus", amb què els participants puguin sentir-se identificats, però amb un compromís emocional menor.

• Situació del problema (esquema degradat per identificar-lo)

Quin és el problema?

Quan passa?

On passa?

Qui hi està implicat?

• **Elaboració de la llista de problemes.** Sovint, cal fer un esquema degradat del problema inicialment plantejat, seguint les preguntes anteriors, per centrar el procés en el primer graó de la cadena, destacar una prioritat, definir-la i consensuar-la. Generalment, els pacients presenten problemes relacionats entre si; inicialment, se n'han de triar un o dos per treballar-los:

- dols o pèrdues
- relacions de parella
- relació amb altres membres de la família nuclear o extensa
- treball o estudis
- diners
- habitatge
- problemes legals o de justícia
- aïllament social o problemes amb les amistats
- ús o abús de drogues o alcohol
- trastorns sexuals
- problemes de salut orgànics
- altres

Cal que el pacient redacti els seus propis problemes, anotant el temps que fa que els té (en mesos) i que els enumeri.

Model de resolució de problemes

1. Descripció (formulació dels problemes amb frases senzilles)

2. Solucions (solució extrema immobilista)

(solució extrema rupturista)

Solució triada/solució practicada

3. Fites. S'ha de triar el problema més accessible i el més urgent

4. Observacions

5. Avaluació

6. Llista de solucions al problema (llista de pros i contres)

Estratègies de resolució de problemes

Descripció del problema

Plantejament de les solucions

Solució	Pros	Contres
1		
2		
3		
4		
5		

Descripció del problema

Plantejament de les solucions

Solució	Pros	Contres
1		
2		
3		
4		
5		

2.2. Dinàmica grupal de la sessió 6

Recomanacions sobre la “Percepció dels problemes”

- *“Hem de viure sense que els problemes ens molestin. Creieu-me, no és una utopia; es pot aconseguir sigui quin sigui el seu origen.*
- *Sé que a la vida, els problemes es presenten contínuament, però només són autèntics problemes els que ens molesten, ja sigui perquè no els sabem resoldre, o bé perquè no els volem acceptar.*
- *Una mateixa situació pot ser problemàtica per a algunes persones i no ser-ho per a unes altres. Això ens demostra que la dificultat està en nosaltres, en la nostra manera d'enfocar i d'encaixar la qüestió.*
- *Hi ha persones que viuen sempre preocupades per coses insignificants, però que a elles, els causen malestar. Per tant, la manca de felicitat no depèn de la magnitud del problema, sinó de com l'acceptem.*
- *Quan aprengueu a relativitzar les coses, donant a cadascuna el seu valor just, i quan pugueu solucionar les situacions contradictòries, moltes de les coses que avui us suposen un problema, desapareixeran”.*

Dinàmica grupal

Aquest exercici ajuda a parar-se a pensar i a buscar el màxim d'alternatives possibles i les més eficaces. En funció de com es valoren els avantatges i els desavantatges que té cada alternativa, s'ha d'escollir la més adequada per obtenir el millor resultat possible per al problema plantejat i s'ha de posar en pràctica (afrontament eficaç, reforçament positiu).

Cada participant escriu el problema que desitja treballar en el full de treball per a aquest exercici, anota les seves alternatives de solució (escrivint-ne els avantatges i els desavantatges) i el diposita en una safata, damunt una taula o en un lloc comú, de forma anònima. Després, una “mà innocent” o la conductora del grup anirà traient els escrits un per un. Es tria un problema i es treballa entre tots els participants del grup. S'hi afegixen les alternatives de solució que vagin aportant les persones del grup. Després, entre tots, s'han de comentar les opcions i escollir la que sembli, segons la majoria, més adequada.

Aquesta dinàmica té dos avantatges:

1. Protegir la confidencialitat de qui no vol ser identificat per aquell problema, però sí que desitja treballar-lo.
2. Pel fet de treballar el problema d'una altra persona, un problema que no té implicació emocional per a la resta del grup, s'aconsegueix un desenvolupament de les alternatives de solució més racional i objectiva.

Tasca per fer a casa

Sessió 5

Cal fer una llista pròpia de problemes, amb les alternatives de solució que s'han trobat després d'haver treballat la tècnica en la sessió de grup. Es recomana utilitzar el full d'*Estratègies de resolució de problemes*.

Sessió 6

Cada persona escriu el seu problema al full lliurat per a aquest exercici i l'introdueix en un sobre. S'ajunten tots en una safata o en un lloc comú, es barregen i es reparteixen una altra vegada entre els participants del grup. D'aquesta forma, cadascú treballa, primer individualment, i després en comú, el problema que li ha tocat resoldre, sense saber de qui és, ja que es manté la confidencialitat quant a qui ha escrit cada full i, així, s'aporta des del principi la visió objectiva d'una altra persona. En aquest sistema, cal que l'enunciat o la descripció del problema estigui molt ben definit.

Si durant la sessió es treballen els diversos problemes dels participants sense mantenir l'anonimat, la realització de l'alternativa escollida és una tasca per fer a casa sobre la qual s'ha de parlar en la sessió o sessions posteriors.

Annex a les sessions 5 i 6: teràpia de resolució de problemes

La tècnica de resolució de problemes (D'Zurita i Goldfried) ⁽¹⁸⁾ és una eina terapèutica eficaç en el grup de les teràpies cognitivoconductuals per tractar les situacions d'estrès de la vida diària. Es caracteritza per la facilitat d'aplicació, la brevetat en el temps, l'aprenentatge senzill i un bon nivell d'efectivitat.

1. Indicació de la tècnica

- Pèrdues reals o temudes (propietats, nivell social, relacions, etc.).
- Dificultats en les relacions conjugals o interpersonals.
- Problemes laborals o d'estudis.
- Adaptació a situacions de malalties psíquiques o psicològiques.

El principal criteri és que hi hagi patologia psiquiàtrica lleu; si no n'hi ha (si no hi ha un diagnòstic clínic per símptomes valorables com a trastorn) no és pertinent practicar la tècnica, ja que no estaríem parlant de teràpia. Això vol dir que si l'individu té problemes conjugals, per exemple, però no li estan produint simptomatologia psicològica, és que s'ha "adaptat" als problemes i que no seria un bon candidat a aquesta tècnica.

També està contraindicada la utilització de la tècnica a l'àmbit d'atenció primària en pacients diagnosticats d'esquizofrènia, consum de tòxics o trastorns de la personalitat.

J. García Campayo ⁽²¹⁾ i altres recomanen, preferentment, la Tècnica de Resolució de Problemes en:

- Trastorns depressius d'intensitat lleu o moderada
- Trastorns d'ansietat d'intensitat variable
- Trastorns adaptatius d'intensitat variable

Pel que fa als trastorns depressius (que són els que ara es tracten) és important que, al fer la selecció de pacients que configuraran el grup, hi hagi el màxim d'homogeneïtat en aquests aspectes:

1. grau de gravetat de l'estat depressiu (lleu)
2. temps de durada de la malaltia (cronicitat)
3. autoestima i confiança (indicadors que hi ha)

2. Principals conceptes teòrics

CONFLICTE

Es defineix el conflicte com aquella situació vital a què s'enfronta una persona, davant la qual s'espera que tingui una resposta efectiva; en canvi, la situació de la persona pot ser no tenir-ne cap, ja sigui per manca de recursos, d'habilitats, per ambigüïtat, per incertesa, per l'oposició dels altres...

Ha de quedar clar que el conflicte sempre és la percepció del subjecte i mai només la de l'entorn. Sí que pot ser, sovint, la interacció de totes dues coses (persona i entorn); això és important perquè un conflicte augmenta o disminueix d'intensitat amb el temps, no perquè objectivament canviïn les seves característiques, sinó perquè depèn de la relació de l'autopercepció i l'entorn. Sovint, els conflictes que paralitzen les persones tenen relació amb l'autoexigència de manera que, a mesura que s'ajusta més l'autovaloració, es troben solucions.

ESTRÈS

L'estrès apareix com a conseqüència del conflicte i és l'origen de la patologia psiquiàtrica. És el desajustament entre les capacitats que l'individu creu tenir (com ell es percep) i les demandes internes i/o externes de determinades situacions personals o de la interrelació amb els altres o amb l'entorn. Sovint, la situació d'estrès disminueix les respostes cognitives, és a dir, es veu afectada la capacitat de pensar. Es fa necessària l'aplicació de tècniques de relaxació per tal de rebaixar l'estrès i, així, poder pensar.

RESOLUCIÓ DE CONFLICTES

És un procés cognitiu, afectiu i conductual en què la persona (o el grup) identifica mitjans efectius (una solució) per resoldre els conflictes de la vida quotidiana. Inclou, així mateix, l'elaboració de solucions, la presa de decisions i la tria de la conducta que s'ha de seguir.

La resolució de conflictes és un aprenentatge de tipus social que permetrà el pacient canviar i millorar les seves relacions socials; també és un mètode d'autoinstrucció, ja que la persona pot seguir utilitzant la tècnica independentment sense supervisió externa i, finalment, és una estratègia d'afrontament que permet adaptar-se a qualsevol tipus d'esdeveniment vital.

SOLUCIÓ

És la resposta o model d'afrontament que resulta efectiu. Fa que la persona deixi de percebre un conflicte com a tal i, al mateix temps, que es maximitzin les conseqüències positives (beneficis) i que es minimitzin les conseqüències negatives (costos).

L'efectivitat d'una solució particular varia segons els individus i els entorns, ja que depèn dels valors i objectius de la persona interessada.

Aquest punt de la relació beneficis/costos és molt important perquè, a vegades, no s'intenta solucionar el problema si els costos poden ser massa elevats. Tot i així, cal assumir que sempre hi ha costos.

RESULTATS

Són l'efecte o la conseqüència d'un fet, d'una actuació o deliberació.

- Avaluació dels resultats: consisteix a fer una estimació del valor dels resultats.
- Incertesa dels resultats: és el grau d'indeterminació de la conseqüència o de l'efecte.
- Valor del resultat: és el grau d'utilitat o aptitud de les conseqüències per satisfer les necessitats o proporcionar una solució satisfactòria.

EXPECTATIVA

És l'anticipació i l'actualització imaginada de successos futurs (immediats o demorats), en connexió amb les nostres aspiracions.

- A) Expectativa d'eficàcia: és la confiança que es podrà adoptar la conducta requerida.
- B) Expectativa de resultats: és la confiança que l'adopció d'una determinada conducta podrà desencadenar el resultat estimat.

PERCEPCIÓ DE CONTROL

És la creença de la persona sobre les seves possibilitats de controlar els successos que tenen lloc.

- A) Sensació de control: consisteix a ser capaç de prendre decisions i de poder escollir què fer, com i quan fer-ho.
- B) Locus de control
 - Intern: la persona creu que pot controlar el que passa en funció del que fa o no fa.
 - Extern: la persona creu que el que li passa depèn de circumstàncies externes al seu control.

MOTIVACIÓ

Força que ens impulsa a fer una acció.

A) Motivació extrínseca: és la que prové de premis o incentius externs, béns materials o l'aprovació dels altres.

B) Motivació intrínseca: és la que prové de recompenses internes, com ara l'interès per la tasca, la curiositat i la satisfacció personal de fer aquella tasca.

ATRIBUCIÓ

Fa referència a les explicacions que cada persona es dóna a si mateixa sobre els èxits o fracassos, és a dir, a les causes a què atribueix els resultats de les seves accions.

A) Externa: fora de la persona (la sort).

B) Interna: dins de la persona (la capacitat, l'esforç).

COMPETÈNCIA

A) Competència social. És un constructe que defineix la qualitat o el grau d'adequació del comportament d'un individu a un context determinat, segons la valoració d'un agent social del seu entorn. Ens dóna la mesura de fins a quin punt són adequades les seves conductes socials en un determinat entorn social.

B) Competència emocional. És la demostració de l'autoeficàcia en les interaccions socials en què estan implicades les emocions.

INDEFENSIÓ APRESA

És l'emoció que desperta una situació sobre la qual, la persona creu tenir poc o cap control. A partir d'aquesta emoció, la persona desenvolupa l'expectativa que la seva conducta futura tindrà poc o cap efecte en el seu entorn.

7a sessió

Autoimatge i autoestima

7a sessió

➤ **Objectiu.** Presa de consciència de la importància de l'autoimatge. Millorar l'autoimatge, l'autoconfiança, la sensació de benestar i la qualitat de vida.

➤ **Contingut**

- Autocura
- Autoimatge
- Autoestima

L'autoestima és el nucli principal al voltant del qual orbita cada aspecte de la vida de la persona. El grau de benestar que és capaç d'experimentar, l'èxit que li permetin expressar i altres aspectes de la seva vida personal estan intrínsecament lligats a l'autoestima.

L'objectiu d'aquesta sessió és la presa de consciència de la importància de tenir un bon concepte d'un mateix. Aprendre a identificar i reconèixer les nostres virtuts i/o punts forts, els nostres defectes i/o punts febles. Autoconfiança: centrar-nos en els nostres punts forts i saber minimitzar l'efecte dels nostres punts febles.

Desenvolupament de la sessió

1. Revisió dels continguts de la sessió anterior, facilitant la participació del grup, ja sigui perquè algú en fa el recordatori o perquè hi participa parcialment. Comentaris del grup respecte d'aquests continguts.
2. Posada en comú de les tasques per fer a casa: *Estratègies de resolució de problemes*.
3. Presentació del contingut de la sessió i posada en comú.
4. Tasques per fer a casa: *Llista de 20 aspectes positius d'un mateix* i com ens cuidem durant la setmana.

1. Què entenem per autoestima? (20, 30, 46)

- *Capacitat de tenir un bon concepte d'un mateix.*
- *Reconèixer les virtuts i acceptar els defectes per treballar-los.*
- *Autoconfiança: centrar-nos en els nostres punts forts i saber minimitzar l'efecte dels nostres punts febles.*

Nivell d'autoestima alt

- *Un nivell d'autoestima alt ens permet tenir relacions més funcionals, saludables i profundes, principalment amb nosaltres mateixos.*
- *Es fonamenta en l'habilitat per avaluar-nos objectivament i acceptar-nos incondicionalment, amb fortaleces i limitacions.*
- *No s'ha de confondre amb l'egoisme o amb sentir-se superior (intents d'ocultar sentiments negatius sobre nosaltres mateixos).*

Nivell d'autoestima baix

- *Amb un nivell d'autoestima baix ens costa assumir riscos i prendre decisions per viure una vida gratificant.*
- *També ens afecta en les relacions personals.*
- *Depenem de resultats presents per establir com ens hem de sentir amb nosaltres mateixos.*
- *Necessitem experiències externes positives per contrarestar els sentiments negatius cap a nosaltres mateixos.*

Hem de tenir un "diàleg intern positiu":

- *La nostra ment és incapaç de tenir dos conceptes contradictoris respecte a nosaltres mateixos.*
- *Alimentem la ment de pensaments positius sobre nosaltres i ens permetrà engrandir la imatge que tenim de nosaltres mateixos.*
- *Ens hem de fer una autocrítica, que sigui molt lleu i sempre amb aportacions de millora. No hem de parlar de defectes, sinó de coses que podem millorar.*
- *Per acceptar les crítiques, ens han d'especificar actituds i fets. "Especifica'm què he fet, quina actitud t'ha molestat que jo hagi adoptat".*

2. Dinàmiques grupals

2.1. Dinàmica grupal 1

Cada membre del grup ha d'intentar conèixer i remarcar les qualitats dels seus companys. En un full, cada persona escriu el nom d'un dels companys del grup; al costat, hi escriu una qualitat característica; els fulls es col·loquen a la paret i, per torns, totes les persones del grup han d'anar passant i afegint una qualitat al full de cada company o si coincideixen amb la qualitat que ja està escrita cal que la subratllin. Per facilitar la dinàmica, es pot dividir el grup en subgrups. El conductor ha de ressaltar si tenim tendència a veure el costat bo dels altres o no.

2.2. Dinàmica 2: Exercici amb música i moviment

- En un full, cada persona ha d'escriure alguna cosa positiva sobre ella mateixa.
- S'inicia la música i les persones del grup es mouen lliurement per la sala.
- Quan s'aflueix la música, els participants s'han d'ajuntar per parelles i intercanviar-se els fulls. Darrere del full del company, hi han d'escriure una impressió positiva sobre ell i retornar-li el full.
- Es repeteix l'exercici diverses vegades.
- Cada persona retorna al seu lloc i llegeix el que els companys li han escrit, primer en veu baixa, per a ella mateixa, i després en veu alta. El resultat es comenta.
- Cada persona escriu les impressions que els altres li han escrit, ara en primera persona: "jo sóc..."
- I es torna a fer una ronda llegint les frases en primera persona i es comenten novament els resultats.
- A casa, aquest paper o un recordatori del que s'hi ha escrit ha de quedar a la vista i s'ha de repassar diàriament.

Tasques per fer a casa

- Fer una llista de 20 aspectes positius d'un mateix. Si no s'arriba als 20, es pot demanar ajuda a un amic o familiar. També es pot demanar que un familiar o un amic realitzi aquest exercici pensant en tu, d'aquesta manera es poden contrarestar els aspectes positius que tu penses de tu mateix i els que pensen els demés.
- Anotar com ens cuidem durant la setmana: petits premis que ens donem (no cal que siguin coses materials: gaudir del paisatge, una trucada a un amic, reconèixer que fem quelcom bé, etc.).

Llista d'aspectes positius

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

8a sessió

Assertivitat

8a sessió

- **Objectiu.** Conèixer i usar estratègies de bona comunicació que facilitin l'assertivitat.
- **Contingut**
 - Saber identificar l'estil de comunicació assertiu.
 - Saber reaccionar positivament i actuar constructivament en les situacions de desacord.
 - Relacionar-se efectivament amb altres persones.

Desenvolupament de la sessió

1. Revisió dels continguts de la sessió anterior, facilitant la participació del grup, ja sigui perquè algú en fa el recordatori o perquè hi participa parcialment. Comentaris del grup respecte d'aquests continguts.
2. Posada en comú de les tasques per fer a casa: *Llista d'aspectes positius* i *Com ens cuidem durant la setmana*.
3. Presentació del concepte d'assertivitat.
4. Posada en comú. Identificació dels estils de comunicació assertiu, passiu i agressiu mitjançant activitats grupals.
5. Tasques per fer a casa: *Qüestionari de resposta interpersonal*.

Nota: Aquesta sessió presenta un annex al final amb informació complementària per a l'infermer/a. S'hi adjunta aquesta informació com a material de suport, de consulta o per ampliar coneixements sobre el tema i no per ser utilitzat ni entregat als pacients durant la sessió.

1. L'assertivitat ⁽¹²⁾

“Gran part de l'èxit o del fracàs en les nostres relacions socials dependrà de si coneixem els altres per comprendre'ls millor. Un concepte bàsic per aconseguir-ho és l'assertivitat.

Es pot entendre per assertivitat la capacitat d'autoafirmar els propis drets, sense deixar-se manipular per les altres persones.

Podem diferenciar la persona assertiva per:

1. *La seva capacitat d'escoltar les altres persones.*

2. La possibilitat que té de dir “no” quan vol dir-ho, sense sentir-se culpable.
3. La facilitat per fer i rebre crítiques constructivament”.

2. Estils de comunicació passiu, agressiu i assertiu⁽¹²⁾

“Partim de la premissa que ningú no és purament passiu, agressiu ni assertiu; sinó que tots tenim tendències, més o menys accentuades, cap a algunes d'aquestes conductes. Així que, depenent de la problemàtica de cadascú i de la importància que tingui per a nosaltres, ens podem comportar de forma diferent.

Podem diferenciar, a grans trets, tres estils comunicatius:

- a) La **persona passiva o submissa** que no defensa els seus drets ni interessos personals. Respecta els altres, però no es respecta ella mateixa.
- b) La **persona agressiva** que defensa en excés els seus drets i interessos personals, sense tenir en compte els dels altres.
- c) La **persona assertiva** que coneix els seus propis drets i els defensa, respectant els dels altres; és a dir, no vol “guanyar”, sinó “arribar a un acord”.

Quan ens comuniquem, tan important és la comunicació verbal com els components no verbals. La comunicació no verbal és inevitable en presència d'altres persones.

Perquè un missatge es consideri transmès de forma assertiva, els senyals no verbals han de ser congruents amb el contingut verbal. Haurem de tenir en compte la mirada, l'expressió facial, la postura corporal, així com les característiques de la veu (fluïdesa, entonació, volum, claredat i velocitat).

➤ **Fixem-nos que les persones assertives**⁽¹²⁾:

- Miren més mentre parlen que les persones poc assertives.
- Adopten una expressió facial en consonància amb el missatge que volen transmetre.
- Adopten una postura propera, mirant de front la persona.
- Els seus gestos són desinhibits, suggereixen franquesa, seguretat en elles mateixes i espontaneïtat.

➤ **Recordem que la persona assertiva**⁽¹²⁾:

- Sap dir “no”
 - Manifesta una postura pròpia davant un tema, petició o demanda.

- Expressa un raonament per explicar i justificar la seva postura, els seus sentiments, la seva petició.
- Expressa comprensió cap a les postures, els sentiments i les demandes dels altres.
- Sap demanar favors i reaccionar davant un atac
 - Expressa la presència d'un problema (si hi és) que li sembla que s'ha de modificar.
 - Sap fer peticions quan és necessari.
 - Demana aclariments, si hi ha algun tema que no vegi clar.
- Sap expressar sentiments
 - Expressa gratitud, afecte, admiració...
 - També, insatisfacció, dolor, desconcert...

De forma assertiva, podem fer palès a la persona amb qui ens comuniquem, que la manera com ens està dient les coses ens dol i, així, promovem un canvi en la seva conducta; la manera més habitual de formular la nostra demanda és la descrita per Gambrill i Richey (1985), que proposa 5 passos⁽⁸⁾:

1. *QUAN ... Descriure en el moment que es produeix la conducta específica que ens molesta.*
2. *EM SENTO... Descriure els sentiments que ens produeix aquesta conducta.*
3. *PERQUÈ... Explicar com ens afecta la conducta problemàtica.*
4. *M'AGRADARIA O PREFERIRIA... Descriure la conducta alternativa que desitjaríem.*
5. *PERQUÈ... Descriure com ens sentiríem amb aquest canvi de conducta.*

En l'esquema-resum següent, podem veure-hi la posició que adoptem, l'objectiu que busquem, les seves conseqüències i la reacció que es produeix quan ens comportem de manera passiva, agressiva o assertiva; així com la comunicació verbal i no verbal que caracteritza cada estil⁽²¹⁾:"

Característiques	Estil passiu	Estil agressiu	Estil assertiu
Postura que adopta	<i>“Sóc inferior a les altres persones”.</i>	<i>“Sóc superior a les altres persones”.</i>	<i>“Sóc igual que les altres persones”.</i> <i>“Puc confiar en les altres persones”.</i>
Objectiu que busca	Evitar conflictes.	Guanyar de totes maneres.	Arribar a un acord amb sinceritat.
Conseqüències que produeix	És incapaç d'expressar opinions; accepta la postura dels altres; tendeix a fugir.	És incapaç de negociar; exposa rotundament la seva opinió.	Expressa sincerament els sentiments; escolta les altres persones.
Causa possible	Entorn familiar molt crític.	Entorn familiar molt agressiu.	Generalment, aprenentatge.
Reacció que produeix en els altres	Compassió inicial, però indiferència posterior.	Por, ganes de barallar-se, enuig.	Respecte.
Conducta verbal	Frases indirectes, poc clares (<i>“potser, no ho sé, de vegades...”</i>).	Frases en segona persona (<i>“ets un..., què et penses..., deixa de...”</i>).	Frases en primera persona (<i>“jo penso..., jo sento..., m'agradaria...”</i>).
Conducta no verbal	Veu baixa, sense mirar directament els ulls, arronsada.	Veu alta, mirada fixa i agressiva, postura rígida.	Veu segura i clara, mirada als ulls, cos relaxat i segur.

3. Dinàmiques grupals

3.1. Mitjançant uns exercicis d'exemple, ens apropiem a la realitat de cada persona perquè pugui identificar l'estil de comunicació que utilitza.

Davant les situacions següents, identificarem la resposta assertiva/passiva/agressiva.

Situació 1

La teva amiga acaba d'arribar a la cafeteria on heu quedat, just una hora tard. No t'ha trucat per avisar que s'endarreriria. Tu et sents irritat per la tardança. Li dius:

** “Seu, el cafè és a la taula”. CONDUCTA PASSIVA.*

** “T’he estat esperant durant una hora. M’hagués agradat que m’avisessis que arribaves tard”. CONDUCTA ASSERTIVA.*

* *“M’has posat molt nerviós arribant tard. És l’última vegada que et convido i fem un cafè junts”.* CONDUCTA AGRESSIVA.

Situació 2

Una amiga et dona constantment la seva llista de les coses que ha de comprar, perquè tu hi vagis. Tu has decidit acabar amb aquesta situació. La teva amiga acaba de demanar-te que li vagis a comprar. Tu li contestes:

* *“Estic bastant ocupada. Però si no hi pots anar, et puc ajudar”.* CONDUCTA PASSIVA.

* *“Oblida-te’n. Gairebé ja han tancat les botigues. Em tractes com un esclau. Ets una desconsiderada”.* CONDUCTA AGRESSIVA.

* *“No, Anna. No t’hi vaig, a comprar. Estic cansada de fer, a més de la meva feina, la teva”.* CONDUCTA ASSERTIVA.

Situació 3

Un veí nou acaba d’arribar a la reunió de veïns i el vols conèixer.

* *Somrius al mateix temps que el veí nou s’acosta, però no li dius res.* CONDUCTA PASSIVA.

* *Tu t’acostes on és ell i li dius: “Hola! Sóc l’Antoni/La Lluïsa. Sóc el veí/la veïna de... Benvingut a la comunitat de veïns. M’alegro de conèixer-te”.* CONDUCTA ASSERTIVA.

* *Et mires detalladament el nou veí a distància.* CONDUCTA AGRESSIVA.

3.2. El conductor o un participant del grup ha de llegir el següent fragment en veu alta. Després es posa en comú en el grup.

“Sempre que se’t presentin situacions adverses que no puguis canviar, accepta-les. En el moment que les acceptes, es redueixen a la meitat i, fins i tot, poden arribar a desaparèixer. El pitjor que pots fer és viure amb coses que et mortifiquen.

L’acceptació permet el canvi.

A més a més, intenta aprendre tot el que puguis d’aquestes situacions, com si fossin lliçons per al teu creixement interior.

Una causa de problemes molt comuna en moltes persones és no saber dir “NO”. En efecte, quan et demanin qualsevol tipus de favor o compromís, si comprens

que no t'interessa dir "SÍ", des del primer moment, tingues la valentia de dir "NO".
Encara que et costi.

No contestis mai amb evasives com, per exemple, que t'ho pensaràs i ja els diràs alguna cosa, ja que, mentre no els donis la resposta definitiva, et sentiràs malament; sobretot si es tracta de persones a qui t'agradaria complaure, però veus que no és possible. A més a més, els pots crear falses esperances. D'altra banda, si quan anassis a donar-los la resposta ja fos massa tard per dir NO, finalment, hauries d'acceptar fer alguna cosa que pot comportar-te males conseqüències".

Tasques per fer a casa: Us proposem un exercici de reflexió i autoconeixement del nostre estil de comunicació mitjançant el *Qüestionari de resposta interpersonal*.

El resultat del qüestionari és, segons la puntuació:

Valor assignat als enunciats: $1+4+7+10+13+16=$ *Estil passiu*.

Valor assignat als enunciats: $2+5+8+11+14+17=$ *Estil agressiu*

Valor assignat als enunciats: $3+6+9+12+15+18=$ *Estil assertiu*.

Qüestionari de resposta interpersonal. Estils de comunicació

Fins a quin punt les frases següents descriuen la vostra conducta respecte de la relació amb els altres?

Anoteu el valor que representa la vostra resposta a la dreta de cada frase:

Mai és així. 1 punt.

Alguna vegada és així. 2 punts.

Gairebé sempre és així. 3 punts.

Sempre és així. 4 punts.

Preguntes	Puntuació
1. Si s'elogia la meva feina responc amb més modèstia de la que realment sento.	
2. Si algú m'ofèn, li pago de la mateixa manera.	
3. Els altres em troben interessant.	
4. Em resulta difícil parlar en un grup de gent desconeguda.	
5. No dubto a utilitzar el sarcasme, si això m'ajuda a sortir-hi "guanyant".	
6. Demano temps per a mi i poso límits als altres (reclamant-los un ascens o un augment de sou), si crec que realment el mereixo.	
7. Si algú m'interromp quan estic parlant em sap greu, però no li dic res.	
8. Quan algú critica la meva feina, trobo la manera de fer que es retracti.	
9. Sé expressar orgull pels meus èxits, sense ser fanfarró.	
10. La gent s'aprofita de mi.	
11. Dic a la gent el que vol escoltar, si això m'ajuda a aconseguir el que vull.	
12. Em resulta fàcil demanar ajut.	
13. Deixo prestades coses als altres, encara que realment no vull fer-ho.	
14. Guanyo arguments imponent-me en les discussions.	
15. Puc expressar els meus sentiments a algú a qui realment tinc afecte.	
16. Quan estic enfadat em reprimeixo, en lloc d'expressar-ho.	
17. Quan critico la feina dels altres, aconsegueixo posar-los furiosos.	
18. Confio en la meva capacitat per defensar els meus drets.	

Quan hagueu acabat de respondre el qüestionari, sumeu les puntuacions de cadascuna de les seqüències de preguntes que us posem a continuació:

Seqüències de preguntes	Suma de les puntuacions	Estil resultant
Valor assignat als enunciats: 1+4+7+10+13+16		
Valor assignat als enunciats: 2+5+8+11+14+17		
Valor assignat als enunciats: 3+6+9+12+15+18		

Annex a la sessió 8: assertivitat

1. Drets assertius

S'ha de tenir sempre present que l'assertivitat parteix de la idea que tot ésser humà té certs drets:

1. Dret a ser tractat amb respecte i dignitat.
2. Dret a experimentar i expressar els propis sentiments i emocions.
3. Dret a ser escoltat i considerat seriosament.
4. Dret a jutjar les pròpies necessitats, establir les pròpies prioritats i prendre les pròpies decisions.
5. Dret a dir "no", sense sentir culpa.
6. Dret a demanar el que es vol, acceptant que l'altre té dret a dir "no".
7. Dret a canviar d'opinió, idea o línia d'acció.
8. Dret a equivocar-se i a fer-se responsable dels propis errors.
9. Dret a demanar informació i ser informat.
10. Dret a obtenir allò pel que s'ha pagat.
11. Dret a decidir no ser assertiu.
12. Dret a ser independent.
13. Dret a decidir què fer amb les propietats, el cos, el temps, etc., mentre no es violin els drets d'altres persones.
14. Dret a tenir èxit.
15. Dret a gaudir.
16. Dret al descans i a l'aïllament, sent assertiu.
17. Dret a l'autosuperació, encara que superi a la resta.

2. Tècniques o conductes assertives

Sovint hi ha persones que no es mostren respectuoses amb el que diuen les altres persones i que no es donen per vençudes davant les postures assertives. En aquests casos, és necessari no "acovardir-se" ni cedir terreny, i augmentar progressivament i amb paciència la fermesa de la resposta inicial.

Davant de comportaments no assertius dels altres, es pot respondre de diverses maneres mitjançant tècniques d'assertivitat per a discussions com les que es mostren a continuació:

2.1. El disc ratllat. Com el seu nom indica, consisteix a parlar com un disc ratllat, repetint una vegada i una altra allò que volem dir, sense entrar en les discussions ni en les provocacions que pugui fer l'altra persona.

Per exemple, la persona assertiva es limita a repetir davant el ventall de propostes que li presenta un venedor "a porta freda", que allò que li ofereix "*no m'interessa*".

2.2. El banc de boira o "tècnica de claudicació simulada"

Consisteix a donar la raó a la persona en el que es considera que pot haver-hi de cert en les seves crítiques, però negant-se alhora a entrar en més discussions.

Aquesta tècnica emprà els arguments de la persona que critica, però sense que hi intervingui un sentiment de confrontació, perquè s'utilitzen frases del tipus: "*és possible*", "*potser tens raó*", "*segur que a tu t'ho sembla*", "*segur que a tu et fa aquesta sensació*"...

2.3. Ajornament assertiu

Resposta molt útil per a persones indecises i que no tenen una resposta ràpida.

Consisteix a ajornar la resposta que es dona a qui fa la crítica, fins que la persona se sent més tranquil·la i amb capacitat de respondre correctament. Ex. "*Ara tinc feina, si et sembla, en parlem més tard amb calma*".

9a sessió

Com cuidar-se per avançar II

9a sessió

➤ **Objectiu.** Presa de consciència de l'ús del temps: el ritme d'activitat diari, el sentit de la competència i la capacitat de gaudir. Aprendre a fer una activitat moderada supervisada (activar-se).

- Generar alternatives d'activitats potencialment generadores de satisfacció.
- També, una posició activa com a motor de canvi i possibilitat de modificar mecanismes d'afrontament inadequats.
- Aprendre a utilitzar com a eines: planificació, priorització i visió de conjunt.
- Facilitar els factors de prevenció.

➤ **Contingut**

- Exercici físic.
- Gestió del temps.
- Activitats diàries.

Se sap que fer exercici produeix una millora de l'humor i de la sensació de benestar general; és per això que s'ha intentat determinar fins a quin punt pot ser útil com a tractament en els pacients amb depressió. El pacient deprimat que fa un exercici regular aconsegueix desenvolupar la seva autoestima, millorar i augmentar el suport que rep dels seus i afavorir les seves relacions amb l'entorn ⁽²²⁾.

Desenvolupament de la sessió

1. Revisió dels continguts de la sessió anterior, facilitant la participació del grup, ja sigui perquè algú en fa el recordatori o perquè hi participa parcialment. Comentaris del grup respecte d'aquests continguts.
2. Posada en comú de la tasca per fer a casa: *Qüestionari d'estils de comunicació*.
3. Presentació del contingut de la sessió i posada en comú.
4. Tasques per fer a casa: *Llista d'activitats de temps lliure*.

Nota. Aquesta sessió presenta un annex al final amb informació complementària per a l'infermer/a sobre la indicació de l'exercici físic. S'ha adjuntat aquesta informació com a material de suport, de consulta o per ampliar coneixements sobre el tema, i no per ser utilitzada ni entregada als pacients durant la sessió.

1. L'exercici físic

En persones amb depressió lleu o moderada, l'exercici estructurat i supervisat té un impacte clínic significatiu en la millora dels símptomes ⁽³⁴⁾. A aquestes persones, se'ls haurien de recomanar programes d'exercici estructurat i supervisat, d'intensitat moderada.

S'entén per exercici físic moderat, qualsevol tipus d'activitat física que es du a terme diàriament de forma planificada, estructurada, repetitiva i intencionada, que no comporta a qui el practica un cansament excessiu i, per tant, pot fer-lo amb l'energia suficient per gaudir-lo.

1.1. Principis bàsics de tota activitat física

- Escalfament: 5 - 10 minuts.
- Durada: s'ha de començar per 20 minuts, després 25 i després 30 minuts.
- Intensitat: cal augmentar-la a mesura que s'allarga l'entrenament.
- Freqüència: 3 - 5 vegades a la setmana.
- Rutina: 5 vegades a la setmana, però tot l'any.
- Estiraments: 3-5 minuts.
- Relaxació: per recuperar-se del cansament i de la tensió.

1.2. Efectes beneficiosos de l'exercici físic

- Disminueix el risc de patir malalties cardíaques.
- Augmenta la capacitat respiratòria.
- Millora el to muscular i la resistència a l'esforç.
- Ajuda a mantenir el pes ideal.
- Proporciona flexibilitat i equilibri.
- Millora l'estat d'ànim.
- Ajuda a combatre l'estrès i l'ansietat.
- Permet conèixer gent nova i fer amistats.

2. Gestió del temps i l'activitat de la vida diària (48, 51)

2.1. Idees conceptuals

S'ha d'organitzar el temps, incorporant-hi eines que proporcionin:

- més flexibilitat.
- millor distribució de les càrregues.
- ajut per prioritzar.

2.2. Utilització del temps

A continuació us anomenem una sèrie de consells:

- *“Penseu en el dia com una unitat de temps abordable. Considereu les activitats diàries, setmanals i mensuals.*
- *Apreneu a diferenciar entre les tasques habituals i les especials, que requereixen més temps.*
- *Intenteu gaudir sensorialment de les petites coses que feu dia a dia. Exemple, si us dutxeu, sentiu l'aigua calenta, l'aroma del sabó, la hidratació de la pell.*
- *Planifiqueu el temps de dedicació i el temps límit.*
- *Traieu profit de temps que no utilitzeu.*
- *Apreneu a delegar, com a primer pas de la planificació.*
- *Utilitzeu la pausa com a recàrrega d'energia. Podeu tenir cada dia una cita important amb vosaltres mateixos.*
- *Doneu-vos una “hora diària d'oci” per facilitar la recuperació de la capacitat de gaudir. Reactiveu la capacitat receptiva davant les satisfaccions.*
- *Realitzeu gradualment les tasques:*
 - *Establiu prioritats per fer les tasques quotidianes i destineu-hi el temps necessari per poder-les dur a terme amb tranquil·litat, assumint la vostra velocitat òptima individual per fer les coses.*
 - *Agrupeu tasques segons les capacitats requerides:*
 - *Activitats de fàcil consecució per a hores diàries de menys concentració.*
 - *Activitats de més rendiment per a hores del dia de més concentració.*
 - *Sigueu flexibles amb vosaltres mateixos. No us imposeu gaires activitats. Intenteu concentrar-vos en la tasca que estiguen realitzant, encara que necessiteu més temps. El fet de poder acceptar un altre ritme us farà tenir millor coneixement de vosaltres mateixos.*
 - *Eviteu de fer massa innovacions, el conegut ens dóna seguretat; quan milloreu, podreu provar altres activitats estimulants, noves aficions.”*

2.3. Paraules i pensaments motivadors per utilitzar en la sessió

- *“Com més podem planificar, menys podrà intervenir-hi la casualitat”.*
- *“Allò important no és com bufa el vent, sinó la col·locació de les veles”.*
- *“Pocs són els que tenen temps suficient i qualsevol té quasi tot el temps que hi ha”.*
- *“Pas a pas, fins a la consecució d’un objectiu: la millora”.*
- *“Rescatar els petits moments que ens fan esbossar un somriure”.*
- *“El camí llarg es recorre pas a pas i és en cada pas que ens hem d’anar fixant”.*
- *“Siembra un pensamiento- recoge una acción
Siembra una acción- recoge un hábito
Siembra un hábito- recoge un carácter
Siembra un carácter- recoge un destino”.*

Aspectes potencialment modificables: vitalitat, mobilitat i marge de maniobra. Capacitat de retrobar novament plaer i significat.

3. Dinàmica grupal

Pregunta per als participants:

“Com seria, per a cadascun dels membres del grup, un bon dia?”

- Cal que els participants anotin en un full quins elements no hi faltarien. Després, han de posar-los en comú, ressaltar-ne les coincidències i anotar si han trobat algun element d’altres companys que vulguin aplicar al seu pensament de *“un bon dia”*.
- S’ha de preguntar als participants com s’organitzen un dia qualsevol de la seva vida quotidiana i veure si hi ha elements que els ajudin a millorar la satisfacció personal.
- Cal detectar les activitats que els ajuden a tornar a *“recarregar les piles”*, en un mal dia o en un mal moment.
- S’ha de donar al grup una llista d’activitats i la freqüència amb què practicar-les per tal que detectin les activitats que augmenten la seva capacitat de gaudir; si les activitats proposades són grupals, el fet de posar-les en comú, potser afavoreixi que les puguin fer amb algun membre del grup.
- Es pot proposar que anotin més activitats que formin part de les seves aficions, per anar ampliant la seva *“caixa d’eines”*.

Tasques per fer a casa: *Lista d'activitats de temps lliure. En el darrer any, amb quina freqüència has practicat alguna de les activitats següents?* (material elaborat per l'Equip del Club Social del Centre d'Higiene Mental Les Corts).

Cal entregar una fotocòpia a cada participant del grup, i que l'omplin durant el transcurs de la setmana.

Llista d'activitats de temps lliure

En el darrer any, amb quina freqüència has practicat alguna de les activitats següents?

	Mai	De manera esporàdica	Cada mes	Cada setmana	Més de dos dies a la setmana
Llegir la premsa, escoltar o veure les notícies.					
Practicar un esport.					
Fer algun taller artístic o treball manual o un curs cultural (gastronomia, idiomes, dansa, tai-txi).					
Anar al cinema.					
Anar a la biblioteca.					
Anar a sopar o a prendre alguna cosa, a la discoteca o a bars musicals <u>de nit</u> (passades les 22 h).					
Anar a espectacles: concerts, obres de teatre, dansa, circ...					
Fer activitats de voluntariat.					
Practicar alguna afició a casa o a fora.					
Veure la TV.					
Veure la TV de matinada.					
Navegar per Internet.					
Escoltar la ràdio.					
Escoltar música.					
Llegir.					
Escriure.					
Jugar a videojocs.					
Jugar a jocs de taula.					
Tenir cura d'una mascota.					
Tenir cura de plantes, d'un jardí o hort.					
Tenir cura o visitar algun amic o familiar.					
Dedicar una estona a no fer res: jeure, mirar per la finestra, pensar, etc.					
Dormir "fora d'hores", fer la migdiada.					
Participar en la vida associativa (en associacions, col·lectius, a la parròquia, o a una ONG...).					
Quedar amb els amics.					
Altres:					

Annex de la sessió 9: L'ús del temps

L'EXERCICI FÍSIC^(23, 50)

En persones amb depressió lleu o moderada, l'exercici estructurat i supervisat té un impacte clínic significatiu en la millora dels símptomes⁽³⁴⁾.

Als pacients amb depressió lleu-moderada, se'ls haurien de recomanar programes d'exercici estructurat i supervisat, d'intensitat moderada, amb una freqüència de 2-3 vegades per setmana i una durada de 40-45 minuts, per espai de 10 a 12 setmanes.

L'exercici "mínim" consisteix a caminar a un ritme lleuger durant 30-45 minuts, preferiblement, cada dia; aquesta activitat es pot convertir en un punt de partida per a l'organització de les activitats diàries.

Es defineix "l'exercici supervisat" com el totalment dirigit. Els exercicis "d'intensitat moderada" són aquells exercicis que consumeixen entre 3 i 6 "*metabòlic equivalent*", equivalents metabòlics (MET): un MET= 3,5 ml d'O₂ per kg de pes corporal, per minut. L'exercici aeròbic s'ha mostrat més efectiu que l'entrenament de la força i la flexibilitat. Cal practicar, preferentment, exercicis com ara caminar, nedar o anar en bicicleta.

És recomanable fer un control de la tensió arterial, un electrocardiograma (ECG) i una analítica; així com descartar una patologia prèvia o el consum de tòxics.

L'exercici s'ha d'adaptar a les capacitats, les preferències i a l'estil de cada persona, amb la finalitat d'afavorir-ne el compliment.

En tots els casos, és necessari fer exercicis d'escalfament d'una intensitat baixa durant 5 o 10 minuts, juntament amb estiraments musculars. És importantíssim i s'ha d'insistir a fer una bona hidratació abans, durant i després de l'exercici físic.

És molt recomanable la pràctica d'activitat física en grups petits, creant un ambient de participació poc competitiu.

El fet de practicar exercici físic de forma regular augmenta l'esperança de vida i ajuda a mantenir la salut física i la mental.

És recomanable fer l'exercici integrant l'activitat física en la nostra vida quotidiana: caminar, pujar escales, passejar...

Dur a terme un exercici físic no implica arribar a fer un esforç "de competició". Nivells raonables d'exercici ja són beneficiosos.

No és necessari dur a terme tota l'activitat física "d'una sola vegada"; es pot practicar tot l'exercici desitjable de forma intercalada durant el dia. Fer uns 30 minuts d'activitat

física moderada, la majoria dels dies de la setmana, és suficient per aconseguir els efectes saludables que comporta l'exercici físic.

1.Efectes beneficiosos de l'exercici físic

1.1. Exercicis d'escalfament, estiraments i tornada a l'estat de repòs

Exercicis d'estirament (durada de l'activitat: uns 8-10 minuts)



10a i 11a sessions

Els pensaments positius

10a i 11a sessions

➤ Objectiu.

- Aprendre estratègies cognitives que ajudin els participants del grup a identificar els pensaments negatius irracionals característics dels episodis depressius.

➤ Contingut

- Proporcionar coneixements, als participants del grup, de les diverses tècniques que els poden ajudar en l'aprenentatge d'estratègies cognitives per identificar els pensaments irracionals i treballar en l'elaboració de pensaments més adaptatius/racionals.
- Conèixer com són els pensaments negatius i irracionals característics dels episodis depressius.
- Ajudar el pacient a canviar afirmacions (autoafirmacions) irracionals, per afirmacions (autoafirmacions) racionals.
- Classificar els pensaments (positius/negatius; racionals/irracionals), així com les seves conseqüències.
- Aprendre a identificar aspectes i pensaments positius/racionals.

Desenvolupament de la sessió

1. Revisió dels continguts de la sessió anterior, facilitant la participació del grup, ja sigui perquè algú en fa el recordatori o perquè hi participa parcialment. Comentaris del grup respecte d'aquests continguts.
2. Posada en comú de les tasques per fer a casa: *Amb quina freqüència has practicat alguna de les activitats següents?*
3. Presentació de les característiques dels pensaments negatius irracionals propis de l'episodi depressiu. Característiques dels pensaments racionals positius.
4. Posada en comú en el grup que faciliti la identificació de pensaments negatius irracionals i la proposta de pensaments més adaptatius o racionals.
5. Realització de l'activitat del grup.
6. Tasques per fer a casa: registre dels pensaments irracionals negatius i les conseqüències que comporten.

Nota. Aquesta sessió presenta un annex al final amb informació complementària per a l'infermer/a sobre els pensaments positius. S'ha adjuntat aquesta informació com a material de suport, de consulta o per ampliar coneixements sobre el tema, i no per ser utilitzada ni entregada als pacients durant la sessió.

1. Tècniques cognitivoconductuals

Les tècniques cognitivoconductuals poden ser utilitzades per tal d'amortir i reconduir les reaccions emocionals intenses que porten sovint a reaccions disfuncionals, desadaptatives o a bloquejar la persona, tot allunyant-la de les conductes que voldria mostrar.

Els pensaments participen en la direcció que prenen les emocions. Ampliant la representació mental que es fa de la realitat a través del pensament i del llenguatge, es poden reconduir les reaccions emocionals disfuncionals i, per extensió, adequar els comportaments en la direcció desitjada.

Mitjançant les tècniques cognitivoconductuals es poden treballar procediments d'autoajuda que poden ser utilitzats per disminuir o eliminar reaccions emocionals no desitjades.

No són les situacions o els esdeveniments els que causen els nostres estats depressius (els que fan que ens enfadem, sentim ansietat o gelosia), sinó que són els pensaments que nosaltres tenim sobre aquells fets, els responsables de les nostres emocions. Canviant els nostres pensaments, podem canviar les nostres emocions.

1.1. El procediment terapèutic per treballar les distorsions cognitives

1. Anàlisi funcional de la conducta depressiva. La persona fa un autoregistre i, a més, un registre conductual en què identifica, de les activitats que ha de fer diàriament, les que considera agradables i reforçadores.
2. Generació de solucions. Es formulen maneres de pensar alternatives a les formes rígides i estereotipades; i, també, formes alternatives conductuals, introduïdes mitjançant tècniques com ara el modelatge, la realització gradual de tasques, l'entrenament en la relaxació o les habilitats socials.
3. Experimentació personal que consisteix a posar a prova noves hipòtesis i estratègies de pensament i comportament en la vida quotidiana de la persona.
4. Avaluació dels processos, tenint en compte el canvi conductual.
5. Graduació de la intervenció terapèutica.

1.2. Descripció de diverses estratègies cognitives que poden ajudar a substituir els pensaments distorsionats per altres més adaptatius

1.2.1. Entrenament en el repte dels pensaments negatius. Té l'objectiu de desenvolupar arguments que redueixin la intensitat i la validesa dels pensaments negatius. Algunes alternatives per enfrontar-se als pensaments negatius poden ser:

- Abans d'estar deprimat, percebia la meua realitat tan negativament com ara?
- Estic minimitzant els aspectes positius?
- Estic exagerant els aspectes negatius?
- És realista i objectiu el que penso?
- Em serveix de res pensar així?
- Com pensaria una altra persona?
- Proves a favor i en contra que confirmen els meus pensaments negatius?

1.2.2. Entrenament en autoinstruccions. Les autoinstruccions tenen l'objectiu de modificar el monòleg intern negatiu de la persona, de forma que els pensaments negatius siguin substituïts per pensaments positius.

L'entrenament consisteix a fer que la persona es digui una sèrie de frases racionals com a mètode per contrapesar les seves creences irracionals. Cadascuna d'aquestes frases s'ha d'escriure en una targeta. Exemples: *"tu pots fer-ho", " val la pena intentar-ho", "no hi perds res per provar-ho..."*

Se li ha de demanar a la persona que les llegeixi diverses vegades al dia per afavorir la seva memorització i interiorització i, sobretot, que les repeteixi cada vegada que en la vida quotidiana s'enfronti a esdeveniments activadors de la depressió.

1.2.3. Tècniques de distracció. L'objectiu d'aquesta tècnica és dur a terme activitats que facin la competència a les cognicions negatives, de forma que propiciïn un canvi en el "punt de mira". Entre aquestes activitats hi ha:

- Centrar l'atenció en l'entorn (per exemple: descriure objectes).
- Realitzar activitats mentals incompatibles amb l'activitat generadora dels pensaments negatius (per exemple: fer càlculs matemàtics, fer mots encreuats, fer sudokus, programar l'agenda del dia, fer la llista per anar a comprar).
- Canviar de situació i/o activitat.

2. Dinàmiques grupals

2.1. Entrenament en autoinstruccions (dinàmica grupal de la sessió 10 i 11)

Cada participant del grup ha d'escollir un pensament positiu (o alternatiu racional) dels treballats durant la sessió, l'ha d'anotar a un full i llegir-lo en veu alta. Després, ha d'anotar al seu full els pensaments dels altres membres del grup, a mesura que els vagin dient en veu alta; primer es llegeixen per compartir-los i després es tornen a repetir perquè els puguin anotar en el full.

D'aquesta manera, es garanteix que cada participant tingui el full amb el recull dels pensaments positius al final de la sessió i, així, es pugui comprometre a posar-los en pràctica i pugui repassar-los sempre que li sigui possible, per tal de no oblidar-los.

Exemple de graella que els participants del grup poden fer a casa:

Hora	Situació	Sentiment	Pensament negatiu	Alternativa més racional i adaptativa
17.00 h	Recollint els nens a l'escola	Por	"Mai tornaré a tenir parella"	"Anteriorment he tingut altres parelles amb les que vaig trencar i després vaig refer la meua vida".
23.00 h	Intentant conciliar el son	Desesperança	"Estic sola i ningú no m'estima"	"Tinc molts amics que es preocupen constantment per mi". "La meua família em truca cada dia per veure com em trobo".

Tasques per fer a casa

Es proposa als participants del grup:

- Identificació dels pensaments negatius. Identificar els errors que es cometien en interpretar la realitat.
- Elaboració d'una llista de pensaments alternatius racionals (pensaments positius). Cal escriure'ls en unes targetes perquè es puguin utilitzar per substituir la presència de pensaments distorsionats (pensaments negatius).
- Posada en pràctica de les estratègies cognitives que ajudin a substituir els pensaments distorsionats, treballades a la sessió.

Pensaments positius

1. Característiques dels pensaments irracionals

- Són dogmàtics o absolutistes.
- S'expressen en forma d'obligació, necessitat imperiosa o exigència.
- La seva presència provoca reaccions negatives inapropiades que interfereixen en la consecució de fites i generen alteracions de la conducta.
- Són:
 - * Subjectius, incoherents amb els fets externs.
 - * Inflexibles, rígids.
- Generen emocions inadequades.
- Entorpeixen les nostres fites.

2. Característiques dels pensaments racionals

- A. Són probabilístics, preferencials o relatius.
- B. S'expressen en forma de desitjos o gustos.
- C. Quan no s'aconsegueix el què es desitja, els sentiments negatius de malestar o insatisfacció no impedeixen la consecució de nous objectius o propòsits.
- D. Són objectius, coherents amb els fets externs.
- E. Són flexibles i modulables a les situacions.
- F. Són capaços de generar emocions adequades.
- G. Ajuden a aconseguir les pròpies fites.

Les cognicions distorsionades, negatives i les actituds inadequades fomenten la predisposició a la depressió i, per tant, afavoreixen les recaigudes.

D'aquí s'infereix que el canvi en les cognicions i les actituds de l'individu ha de ser un element essencial en el tractament de la depressió i la prevenció de les possibles recaigudes.

En la depressió s'atén selectivament i es magnifica la informació negativa, mentre que s'ignora i es minimitza la positiva. Així mateix, es personalitzen els fracassos i els errors exagerant-ne i sobregeneralitzant-ne els efectes.

3. Distorsions cognitives que proposen Ellis i Beck ⁽⁴⁾

1. **Pensament absolutista i dicotòmic.** Tendència a classificar totes les expectatives en una o dues categories oposades, seleccionant les categories de l'extrem negatiu per descriure's un mateix. *Per exemple: "Mai no ho aconseguiré, sóc un fracassat". És el tipus de pensament del "tot o res". Per exemple: "Si fracasso en un fet important, per què no haig de pensar?: Sóc un fracàs total i completament indesitjable!"*
2. **Salt a les conclusions.** Per exemple: *"Atès que m'han vist fallar estrepitosament, ara em veuran com un incompetent"*.
3. **Endevinació del futur.** Per exemple: *"Es riuen de mi perquè he fracassat, saben que hauria d'haver tingut èxit i, en conseqüència, em menysprearan sempre"*.
4. **Fixar-se en el negatiu.** Per exemple: *"No puc suportar que les coses vagin malament, no haurien d'anar malament; no veig que estigui succeint res de bo en la meua vida"*.
5. **Sempre i mai.** Per exemple: *"Les meves condicions de vida haurien de ser bones i en realitat són dolentes i intolerables, sempre seran d'aquesta manera i mai no seré feliç"*.
6. **Magnificació i minimització.** Són els errors comesos a l'avaluar la magnitud o la significació d'un esdeveniment, tot incrementant o disminuint la seva significació. En el cas de la maximització, per exemple: *"M'ha caigut l'aigua a la taula; veus com tot ho faig malament?"*. En el cas de la minimització, per exemple: *"Els meus èxits són el resultat de la sort i no són importants. Però els meus errors, que no hauria d'haver comès, són tremendament dolents i totalment imperdonables"*.
7. **Raonament emocional.** Per exemple: *"He actuat de forma tan incompetent, no hauria d'haver-ho fet; em sento molt malament i els meus forts sentiments demostren que no sóc bo!"*.
8. **Etiquetatge i sobregeneralització.** Per exemple: *"Atès que no haig de fallar en un treball important i ho he fet, sóc un perdedor i un fracassat!"*.
9. **Personalització:** és la tendència i la facilitat per atribuir-se esdeveniments externs, sense cap base ferma per fer aquesta connexió. Per exemple, en un accident de trànsit: *"La meua dona ha mort perquè jo no li he donat conversa i s'ha quedat adormida"*. En la personalització, la persona es veu com la causa d'algun esdeveniment negatiu extern, malgrat que no n'ha estat responsable en primer terme.

- 10. Falsejament.** Per exemple: *“Quan no ho faig tan bé com ho hauria de fer i em segueixen acceptant i alabant, sóc un veritable farsant i aviat els demostraré la meva veritable cara i com en sóc, de menyspreable!”*.
- 11. Perfeccionisme.** Per exemple: *“Sé que ho vaig fer bastant bé, però una tasca com aquella, l'hauria d'haver fet perfectament i, per tant, sóc un veritable incompetent!”*.
- 12. Inferència arbitrària.** Procés d'arribar a una conclusió sense evidència empírica suficient que hi doni suport o amb evidència contrària a la conclusió. Per exemple: *“Ningú no m'estima, perquè sóc un desastre”*.
- 13. Abstracció selectiva.** Valoració d'una experiència centrant-la en un detall específic extret fora del seu context i ignorant altres elements més rellevants de la situació. Per exemple: *“Sóc mala mestressa de casa. M'he oblidat de comprar el pa”*.
- 14. Generalització excessiva.** Procés d'extreure una conclusió o elaborar una regla general a partir d'un o diversos fets aïllats, i aplicar-la tant a situacions relacionades amb el fet en qüestió, com a les que no hi estan relacionades. Per exemple, la persona depressiva pensa: *“No he estat capaç de sortir al carrer; mai no podré ser una persona com les altres”*.

12a sessió

Comiat del grup

12a sessió

- **Objectiu.** Comiat del grup i avaluació dels beneficis terapèutics grupals i individuals.
- **Contingut**
 - Acomiadament del grup.
 - Retroalimentació (*feedback*) entre pacients i infermers/es.
 - Avaluació posttest.

Desenvolupament de la sessió

1. S'inicia la sessió d'una manera informal, donant resposta a les preguntes sobre la sessió anterior.
2. Es posen en comú les tasques proposades per fer a casa: *estratègies que ajudin a substituir els pensaments distorsionats i a la identificació dels pensaments negatius*.
3. Es pregunta als participants del grup si creuen que el fet de participar-hi els ha ajudat a una bona evolució de la seva malaltia i com ho ha fet.
4. Es demana als participants que avaluin el programa grupal mitjançant el *Qüestionari de satisfacció grupal* (que avalua què els ha ajudat i els ha agradat més, i si hi ha algun aspecte que creuen que es podria millorar).
5. S'agraeix els membres del grup la seva participació com a peça fonamental de l'èxit, del bon funcionament del grup i de tot el que s'ha assolit durant el transcurs de les sessions grupals. S'ha d'insistir en la necessitat de "practicar" les habilitats treballades en les sessions, per tal que quedin incorporades en el propi bagatge de recursos personals.
6. Cal emplenar els tests següents per avaluar el grau d'intensitat de la depressió al final del tractament:
 - Inventari de depressió de Beck (BDI)
 - Qüestionari EuroQol-5D
7. Acomiadament del grup.

8. S'ha de comentar que el grup es tornarà a trobar al cap de 3 o 6 mesos per tal de poder fer un seguiment dels processos i reforçar les habilitats que s'hi han treballat.

Consells que s'han de tenir en compte

- La teràpia grupal finalitza en aquesta sessió, però no el procés terapèutic. Cal fer un seguiment individualitzat del pacient al llarg del temps.
- S'ha d'evitar transmetre als participants un sentiment de comiat o d'abandó. Cal donar el missatge que aquest és, en realitat, l'inici del seu treball personal continu. Cal comunicar-los l'interès per donar-los tot el suport que sigui oportú.
- Cal fer-los arribar el missatge de què s'espera d'ells un cop finalitzat el grup. S'espera que millorin diàriament amb l'ajut de les eines apreses i desenvolupades durant l'assistència al grup.
- També s'ha de llançar el missatge de confiança, tant dels companys del grup com dels professionals, que continuaran cuidant-se i treballant per sentir-se cada dia millor.
- Cal emprar frases d'esperança i optimisme com són: *"la part més important comença ara"*; *"el millor encara ha d'arribar..."*
- S'han de reforçar els seus sentiments d'utilitat i saviesa personal, perquè s'adonin que tenen una bona base i uns coneixements imprescindibles que ja han començat a demostrar. Se'ls ha d'explicar que els professionals, igual que la resta de participants del grup, cada dia han après d'ells i han rebut coneixements molt constructius i positius.
- S'ha d'insistir a recordar que qui ha treballat i avançat en tot moment són els participants mateixos. Cal felicitar-los pel treball que han dut a terme. Ara es tracta de continuar-lo. Si ara es troben millor, han de seguir posant en pràctica el que saben per continuar millorant.
- Cal recordar-los que les tasques pendents són continuar posant en pràctica tot allò que han après per sentir-se millor, cuidar-se i estimar-se molt.

Amb aquests missatges positius, amb què se'ls dóna protagonisme i que reforcen la seva capacitat de treball personal, els professionals fan que els participants se sentin valorats i compresos, que sentin que, realment, tenen tot el seu suport i que confien en la seva capacitat d'autonomia, de millora i de manteniment del propi benestar.

6. Classificació de les intervencions d'infermeria que s'han utilitzat en les sessions grupals

A continuació s'enumeren tots els punts de la classificació de les intervencions d'infermeria, *Nursing Intervention Classification* (NIC), ^(26, 35) i la seva definició, que s'han utilitzat durant les 12 sessions grupals que componen la intervenció.

S'exposen les NIC segons el seu ordre numèric. Algunes intervencions d'infermeria s'han utilitzat en més d'una sessió grupal; per això no s'anomenen segons el seu ordre d'aparició a les sessions.

NIC 0200. Foment de l'exercici

Definició: Facilitar, regularment, la realització d'exercici físic amb la finalitat de mantenir o millorar l'estat físic i el nivell de salut.

NIC 1.100. Maneig de la nutrició

Definició: Ajudar o proporcionar una dieta equilibrada de sòlids i líquids.

NIC 1.850. Foment de la son

Definició: Facilitar cicles regulars de son i vigília.

NIC 2.380. Maneig de la medicació

Definició: Facilitar la utilització segura i efectiva dels medicaments prescrits i de lliure dispensació.

NIC 4.340. Entrenament de l'assertivitat

Definició: Ajudar en l'expressió efectiva dels sentiments, les necessitats i les idees a la vegada que es respecten els drets dels altres.

NIC 4.360. Modificació de la conducta

Definició: Promocionar un canvi de conducta.

NIC 4.362. Modificació de la conducta: habilitats socials

Definició: Ajudar el pacient perquè desenvolupi o millori les habilitats socials interpersonals.

NIC 4.370. Entrenament per controlar els impulsos

Definició: Ajudar el pacient a controlar la conducta impulsiva mitjançant l'aplicació d'estratègies de resolució de conflictes en situacions socials i interpersonals.

NIC 4.470. Ajuda en la modificació de si mateix

Definició: Reafirmar el canvi autodirigit que ha posat en marxa el pacient per aconseguir fites personals importants.

NIC 4.700. Reestructuració cognitiva

Definició: Estimular el pacient perquè alteri els esquemes de pensaments desendreçats i es vegi a si mateix i al món de forma més realista.

NIC 5.020. Mediació de conflictes

Definició: Facilitar el diàleg constructiu entre parts oposades amb l'objectiu de resoldre conflictes d'una manera acceptable per a totes dues parts.

NIC 5.100. Potenciació de la socialització

Definició. Facilitar la capacitat d'una persona perquè interactuï amb d'altres.

NIC 5.220. Potenciació de la imatge corporal

Definició: Millorar les percepcions i actituds conscients i inconscients del pacient vers el seu cos.

NIC 5.230. Augment de l'afrontament

Definició: Ajudar el pacient a adaptar-se als factors estressants, als canvis o a les amenaces perceptibles que interfereixen en el compliment de les exigències i dels rols de la vida quotidiana.

NIC 5.360. Teràpia d'entreteniment

Definició: Utilitzar intencionadament les activitats recreatives per fomentar la relaxació i potenciar les capacitats socials.

NIC 5.400. Potenciació de l'autoestima

Definició: Ajudar un pacient perquè augmenti el judici personal de la seva pròpia vàlua.

NIC 5.430. Grup de suport

Definició: Usar un ambient grupal per proporcionar el suport emocional i la informació relacionada amb la salut dels seus membres.

NIC 5.450. Teràpia de grup

Definició: Aplicar les tècniques psicoterapèutiques a un grup, incloent-hi la utilització de les interaccions entre els seus membres.

NIC 5.510. Educació sanitària

Definició: Desenvolupar i proporcionar instruccions i experiències d'ensenyament que facilitin l'adaptació voluntària de la conducta per aconseguir la salut de persones, famílies, grups o comunitats.

NIC 5.604. Ensenyament en grup

Definició: Desenvolupar, posar en marxa i avaluar un programa d'educació per a un grup de persones que experimenten el mateix estat de salut.

NIC 5.900. Distracció

Definició: Enfocar intencionadament l'atenció per allunyar-la de sensacions indesitjables.

7. Conclusions

Aquesta intervenció grupal pot ajudar la persona a ser més conscient del que li passa, pot ajudar-la a controlar o fer-li més suportables les seves dificultats i contribuir, per tant, a millorar el seu estat de salut.

Amb aquesta intervenció s'ha intentat oferir una millora en el tractament, l'educació i el suport terapèutic d'aquesta patologia mental lleu, que cada vegada és més freqüent en la nostra societat actual i ocupa més temps en les consultes dels metges de família i d'infermeria.

A partir de la detecció precoç, i mitjançant la prevenció i la promoció de recursos saludables es vol aconseguir una millora assistencial.

Amb aquest protocol i, per tant, amb aquest estudi, es pretén demostrar la utilitat de les intervencions grupals psicoeducatives orientades a l'educació sanitària i a proporcionar recursos que millorin l'autocura. També es vol destacar el paper de l'infermer/a d'atenció primària, com la peça clau per al suport, l'educació sanitària, el vincle terapèutic i la cura dels pacients amb problemes de depressió lleu⁽⁴³⁾.

Cal remarcar que actualment no hi ha suficient evidència sobre les intervencions grupals psicoeducatives en general i, concretament, en l'àmbit de l'atenció primària. L'efectivitat potencial d'aquestes intervencions encara no s'ha investigat, segons la bibliografia trobada. Aquest estudi intenta donar resposta a si aquestes intervencions són efectives com a tractament preventiu i de promoció de la salut emmarcat en l'àmbit de l'atenció primària, en pacients amb depressió lleu/moderada, tal com ho estableix el Pla director de salut mental i addiccions⁽⁴²⁾.

Aquest protocol és el resultat d'un treball conjunt d'un equip multidisciplinari d'infermeria i de psicologia, tant d'atenció primària com especialitzada en salut mental.

Valorem la col·laboració de totes els infermers/es que estan actualment duent a terme aquest tipus d'intervenció a l'Atenció Primària de Barcelona ciutat; els seus comentaris, opinions, coneixements i experiència ens han proporcionat una visió pràctica i realista, que ens ha ajudat en la realització d'aquest document de treball.

8. Referències bibliogràfiques

1. Baüml J. et al. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with schizophrenia and their families. Schizophrenia Bulletin 2006; 32(S1): S1-S9.
2. Bas Ramallo F., Andrés Navia V. Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1994.
3. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatr 1961; 4: pàg. 561-571.
4. Beck AT, Shaw BF. Enfoques cognitivos de la depresión (edición original: 1981). En: Ellis A, Grieger R. Manual de terapia racional-emotiva. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer; 1985.
5. Becoña E. Técnicas de solución de problemas. A: Labrador FJ, Cruzado JA, y Muñoz M (eds). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide; 1993. Pàg. 710-743.
6. Benedito Monleón MC, Carrió Rodríguez MC, Del Valle G, Domingo Gonzàles A. Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 2004; nº 92 oct-dic: 165.176.
7. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 3a Edición. Barcelona: Ars Medica, Psiquiatría editores; 2004.
8. Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo Veintiuno Editores; 1993.
9. Casañas Sánchez R, Armengol Vallés J, Puigdevall Grau E. Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Guia per a la infermera. Sessions grupals psicoeducatives en l'episodi depressiu a l'atenció primària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.

10. Casañas Sánchez R, Armengol Vallés J, Puigdevall Grau E. Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Guia per a la infermera. Sessions grupals psicoeducatives en el trastorn d'ansietat a l'atenció primària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.
11. Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Ibañez Perez M.M. Valls Colomer MM, et al. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. Rev. Atención Primaria 2009; 41(4): pàg. 229-234.
12. Castanyer O. La asertividad: expresión de una sana autoestima. Bilbao: Ed. Desclée De Brouwer; 1996.
13. Cibanal J, Arce MC, Caballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Madrid: Ed. Elsevier; 2003.
14. Rathi M et al. MOH Clinical Practice Guidelines Depression. Singapore: Ministry of Health; 2004.
15. Conde Péres C, Ruiz Moreno M, Narbona Vergara Y. Una experiencia de tratamiento grupal con técnicas cognitivo-conductuales en un equipo de salud mental. Psiquiatría Pública 1996; 8(5) sept-oct: pàg. 305-345.
16. Detels R y otros. Libro de texto Oxford de salud pública. 3a Ed. Oxford: Oxford University Press; 2002.
17. Dimidjian S et al. Randomized trial of behaviour activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. Journal of consulting and clinical psychology 2006; 74 (4): pàg. 658-670.
18. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem-solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology 1971; 78: pàg. 107-126.
19. EuroQoL Group. EuroQoL- a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: pàg. 199-208.

20. Falder Serna I. Curs d'entrevista motivacional SAP Muntanya. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2007.
21. García-Campayo J, Hidalgo Campos I, Orozco González F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. Barcelona: Ars medica; 2006.
22. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Practica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guías de Practica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008.
23. Vallbona Calbó C, Roure Cuspinera E, Violan Fors M i altres. Guia de prescripció d'exercici físic per a la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007.
24. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss D et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia.II. Two-years effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the curse of schizophrenia (EPICS) Research group. Arch Gen Psychiatry 1991; 48 (4): pàg. 340-347.
25. Jacobson NS et al. A component analysis of cognitive-behavioural treatment for depression. Journal of Consulting and clinical psychology 1996; 64: pàg. 295-304.
26. Johnson M, Bulechek G, McCloskey D et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Harcourt Elsevier DL; 2004.
27. Kaplan HI, Sadock BJ. Terapia de grupo. Madrid: Panamericana; 1996.
28. Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Ed. Pirámides; 1999.
29. Lawrence I, S Shaffer S, S Shaffer C. Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer, S.A; 1993.

30. Lindenfield G. Autoestima. Barcelona: Editorial Plaza and James; 1996.
31. Mataix J. Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ergon; 2002.
32. Murray CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: pàg. 1.498-1.504.
33. Narbona Vergara G, Gómez del Cid M I, Martínez Villa B. Terapia grupal cognitiva en distimias. Maristas 1993; 11 (5): pàg. 60-63.
34. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline number 23. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Londres; 2004.
35. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 1999-2000. Madrid: Harcourt, DL; 1999.
36. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud mental. Conceptos: evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2004.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas: Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2004.
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO initiative on Depression in Public Health. Ginebra: WHO; 2008.
39. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1991.
40. Palacín M. Grupos para la promoción de la salud. En: Sáez Cárdenas S, Pérez Calvo RM. El Grupo en la promoción y educación para la salud. Lleida: Ed. Milenio; 2004.

41. Pérez Álvarez M. La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. Papeles del psicólogo 2007; 28 (2): pàg. 97-110.
42. Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya. Planificació i Avaluació. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.
43. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i seguretat Social. Pla de Salut. Quadern núm. 11. Recomanacions per a l'atenció als problemes de salut més freqüents en l'atenció primària de salut. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2000.
44. Porter RJ, Gallagher P, O'Brien JT. Effects of rapid tryptophan depletion on salivary cortisol in older people recovered from depression, and the healthy elderly. J Psychopharmacol 2007; 21 (1): pàg. 71-75.
45. Equip docent de l'Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron. Qüestionari d'estil personal. Dossier de preceptors en habilitats de comunicació. Barcelona: EUI Vall Hebron; 2006.
46. Rojas Marcos L. L'autoestima, la nostra força secreta. Ciutat?: Edicions 62; 2007.
47. Roselló MJ. La importancia de comer sano y saludable. Barcelona: Plaza y Janés; 2006.
48. Salut mental i atenció primària. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFIC); 2005.
49. Smith KA, Fairburn CG, Cowen PJ. Relapse of depression after rapid depletion of tryptophan. THE LANCET 1997; Vol. 349: pàg. 915-919.
50. Subias P, García Mata JR, Perula L. i Grupo de Evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAPPS) de la SEMFYC. Aten Primaria 2000; 25: pàg. 383-389.

51. Tejedor García MJ y cols. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2007.
52. Young SN. How to increase serotonin in the human brain without drugs. J Psychiatry Neurosci 2007; 32(6): pàg. 394–399. Disponible en línia http://www.fdmed.org/02_decalogo.asp (consulta 28/11/08).

ANNEXOS

- Full de derivació al grup psicoeducatiu
- Escales d'avaluació:
 - Inventari de Beck (*Beck Depression Inventory*)
 - Qüestionari EuroQoL-5D
 - Enquesta de satisfacció
- Full d'observació

Full de derivació al Grup Psicoeducatiu de Depressió

Dades del professional que fa la derivació

Cognoms i nom

Tel. de contacte

Centre

Adreça

Codi postal

Localitat

Dades del pacient

Cognoms i nom

CIP*

NHC

Data de naixement

Edat

Sexe

Data de la visita

Resultat BDI

Diagnòstic psicopatològic principal

CIM 10	Diagnòstics de depressió
<input type="checkbox"/> F32	Episodi depressiu
<input type="checkbox"/> F32.0	Episodi depressiu lleu
<input type="checkbox"/> F32.1	Episodi depressiu moderat
<input type="checkbox"/> F32.8	Altres episodis depressius
<input type="checkbox"/> F32.9	Episodi depressiu, no especificat
<input type="checkbox"/> F33.4	Trastorn depressiu recurrent, actualment en remissió
<input type="checkbox"/> F41.2	Trastorn mixt d'ansietat i depressió
<input type="checkbox"/> F41.3	Altres trastorns d'ansietat mixtos
<input type="checkbox"/> F34.1	Distímia

Críteris d'inclusió

- Persones amb edat superior a 20 anys, amb diagnòstic mèdic de depressió del CIM-10.
- i qüestionari de depressió de Beck (*Beck Depression Inventory*. BDI) entre ≥ 10 i < 30 (EI BDI, l'ha de passar al pacient el/la metge/essa o infermer/a que el deriva).

Críteris d'exclusió

Pacients que:

- presentin patologia de trastorn mental greu: psicosi, trastorn de personalitat sever, esquizofrènia...
- tinguin discapacitats sensorials o cognitives que impedeixin la participació en el grup.
- estiguin diagnosticats d'un episodi depressiu greu.
- desconeixin l'idioma català o castellà.
- presentin ideació suïcida o intents autòlisi.
- siguin analfabets.
- presentin patologia orgànica en fase terminal.
- siguin residents temporals.
- estiguin en seguiment al centre de salut mental d'adults (CSMA) en el moment actual.
- no coneguin o no donin el consentiment per participar a l'estudi.

Inventario de Beck

A continuación encontrará 21 apartados referentes a su estado de ánimo actual y de la última semana. En cada apartado se ofrecen varias respuestas posibles. Marque con una cruz la letra de inicio de la frase que describa mejor su situación.

Aunque varias afirmaciones parezca que se ajustan de manera semejante a cómo se encuentra usted, debe elegir solamente una. Marque sólo una letra de cada apartado. No deje ningún apartado sin responder.

Preguntas	Puntuación
1. A) No me siento triste B) Me siento triste. C) Siempre me siento triste o afligido y no puedo evitarlo. D) Me siento tan triste o afligido que no puedo soportarlo.	
2. A) No me siento especialmente desanimado ante el futuro. B) Me siento desanimado ante el futuro. C) No hay nada que me haga ilusión. D) Creo que las cosas no pueden mejorar y no tengo ninguna esperanza de futuro.	
3. A) No me siento fracasado. B) Me siento más fracasado que la mayoría de la gente. C) Cuando recuerdo mi pasado no veo más que fracasos. D) Creo que soy un fracaso total como persona.	
4. A) Me siento tan satisfecho como antes. B) Ya no me gustan tanto las cosas como antes. C) Ya no me satisface nunca nada. D) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	
5. A) No me siento especialmente culpable. B) A veces me siento culpable. C) La mayor parte del tiempo me siento bastante culpable. D) Continuamente me siento culpable.	
6. A) No me siento maltratado. B) Tengo la sensación de que me pueden maltratar. C) Creo que me maltratan. D) Tengo la sensación de que me están maltratando.	
7. A) No me siento decepcionado conmigo mismo. B) Estoy decepcionado conmigo mismo. C) Estoy asqueado de mí mismo. D) Me odio.	
8. A) No creo que sea peor que los demás. B) Soy crítico conmigo mismo por mis debilidades o errores. C) Me culpo continuamente por mis equivocaciones. D) Me culpo continuamente de todo lo que va mal.	
9. A) No tengo pensamientos de matarme. B) Tengo pensamientos de matarme. C) Me gustaría matarme. D) Me mataría si tuviera la posibilidad.	
10. A) No lloro más de lo normal. B) Lloro más que antes. C) Ahora lloro siempre. D) Antes acostumbraba a llorar, pero ahora ya no puedo aunque quiera.	

<p>11.</p> <p>A) No estoy más irritado que antes.</p> <p>B) Me preocupo o me irrito más fácilmente que antes.</p> <p>C) Me siento irritado continuamente.</p> <p>D) Ya no me irritan en absoluto cosas que antes me irritaban.</p>	
<p>12.</p> <p>A) No he perdido el interés por la gente.</p> <p>B) Estoy menos interesado por la gente que antes.</p> <p>C) He perdido gran parte del interés por la gente.</p> <p>D) He perdido todo el interés por otras personas.</p>	
<p>13.</p> <p>A) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>B) Retraso las decisiones más que antes.</p> <p>C) Me cuesta tomar las decisiones más que antes.</p> <p>D) Ya no puedo tomar ninguna decisión nunca más.</p>	
<p>14.</p> <p>A) No creo que tenga un aspecto peor que antes.</p> <p>B) Me preocupa tener un aspecto envejecido o poco atractivo.</p> <p>C) Creo que hay cambios permanentes en mi apariencia que me dan un aspecto poco atractivo.</p> <p>D) Creo que parezco feo.</p>	
<p>15.</p> <p>A) Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>B) Me supone un esfuerzo extra empezar a hacer algo.</p> <p>C) Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa.</p> <p>D) No puedo hacer ningún tipo de trabajo.</p>	
<p>16.</p> <p>A) Puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>B) No duermo tan bien como antes.</p> <p>C) Me despierto una o dos horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir.</p> <p>D) Me despierto varias horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir.</p>	
<p>17.</p> <p>A) No me canso más que antes.</p> <p>B) Me canso con más facilidad que antes.</p> <p>C) Me canso al hacer casi cualquier cosa.</p> <p>D) Estoy demasiado cansado para hacer algo.</p>	
<p>18.</p> <p>A) No tengo menos hambre que antes.</p> <p>B) No tengo tanta hambre como antes.</p> <p>C) Actualmente tengo mucha menos hambre.</p> <p>D) Ya no tengo hambre nunca.</p>	
<p>19.</p> <p>A) No he perdido peso o casi nada de peso, últimamente.</p> <p>B) He perdido más de 2,5 kg.</p> <p>C) He perdido más de 5 kg.</p> <p>D) He perdido más de 7 kg.</p>	
<p>20.</p> <p>A) Mi salud no me preocupa más que antes.</p> <p>B) Estoy preocupado por molestias físicas como dolores, o bien molestias gástricas, o bien estreñimiento.</p> <p>C) Estoy muy preocupado por molestias físicas y me resulta difícil pensar en otras cosas.</p> <p>D) Estoy tan preocupado por molestias físicas que no puedo pensar en nada más.</p>	
<p>21.</p> <p>A) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>B) Estoy menos interesado por el sexo que antes.</p> <p>C) Estoy bastante menos interesado por el sexo, últimamente.</p> <p>D) He perdido totalmente mi interés por el sexo.</p>	

Procedimiento para la realización del Inventario de Beck

El Inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) es un cuestionario breve, autoaplicado, en el que el paciente ha de indicar la frecuencia con que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Consta de 21 ítems que se agrupan en 4 factores:

Factor depresivo
Factor biológico
Factor psicológico
Factor psicosocial

Cada ítem se responde según una escala tipo Liker de 4 valores (rango del 0 al 3) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual y la última semana.

Instrucciones generales para la puntuación

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

Cuestionario de Salud EuroQoL

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY:

	Puntuación
<u>Movilidad</u> <input type="checkbox"/> No tengo problemas para caminar. <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para caminar. <input type="checkbox"/> Tengo que estar en la cama.	
<u>Cuidado personal</u> <input type="checkbox"/> No tengo problemas con el cuidado personal. <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme. <input type="checkbox"/> Soy incapaz de lavarme o vestirme.	
<u>Actividades cotidianas</u> (por ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre) <input type="checkbox"/> No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas. <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas. <input type="checkbox"/> Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas.	
<u>Dolor/malestar</u> <input type="checkbox"/> No tengo dolor ni malestar. <input type="checkbox"/> Tengo dolor moderado o malestar. <input type="checkbox"/> Tengo mucho dolor o malestar.	
<u>Ansiedad/depresión</u> <input type="checkbox"/> No estoy ansioso ni deprimido. <input type="checkbox"/> Estoy moderadamente ansioso o deprimido. <input type="checkbox"/> Estoy muy ansioso o deprimido.	

Termómetro del estado de salud

Para ayudarle a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual puede marcar con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0, el peor.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado
de salud
hoy

El mejor estado de
salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado de
salud
imaginable

Enquesta de satisfacció de la intervenció grupal psicoeducativa

Ens interessa saber la seva opinió sobre la intervenció grupal en què ha participat. Li demanem que contesti "sí o no" a les preguntes següents:

Preguntes	Sí	No
1. Heu millorat els vostres coneixements sobre la depressió?		
2. Creieu que són aplicables a la vostra vida diària els coneixements que heu après mentre ha durat el grup?		
3. Els temes tractats durant cada sessió de grup han estat els que esperàveu?		
4. Les explicacions dels temes han estat comprensibles?		
5. Heu obtingut ajuda i suport per part del grup?		
6. Les sessions grupals han estat participatives?		
7. Heu pogut expressar els vostres sentiments i pensaments?		
8. Us ha semblat adequada l'organització de les sessions?		
9. Heu aconseguit els objectius esperats del grup?		
10. Us ha semblat correcta la durada de cada sessió?		
11. Creieu que la durada de la intervenció grupal ha estat adequada?		
12. En general, esteu satisfet/a d'haver participat en el grup?		
13. Recomanaríeu participar en aquest tipus d'intervenció grupal a un familiar o a un amic?		
14. Creieu necessari tractar altres temes? Si la resposta és afirmativa; quins?		
15. Puntueu de l'1 al 10 el grau de satisfacció del grup.		
16. Quin tema us ha semblat més útil? (Enumereu els temes de l'1 al 10, segons el grau d'importància: 1= tema més útil; 10= tema menys útil).		

	Activació conductual. Educació i identificació dels símptomes
	Dieta
	Educació sobre el tractament farmacològic
	Respiració. L'hàbit del son
	Tècnica de resolució de problemes
	Autoimatge i autoestima
	Assertivitat
	L'ús del temps: el ritme i l'activitat diària. Activitat física
	Els pensaments positius

Encuesta de satisfacción de la intervención grupal psicoeducativa

Nos interesaría saber su opinión sobre la intervención grupal en que ha participado. Le solicitamos que conteste "sí o no" a las siguientes preguntas:

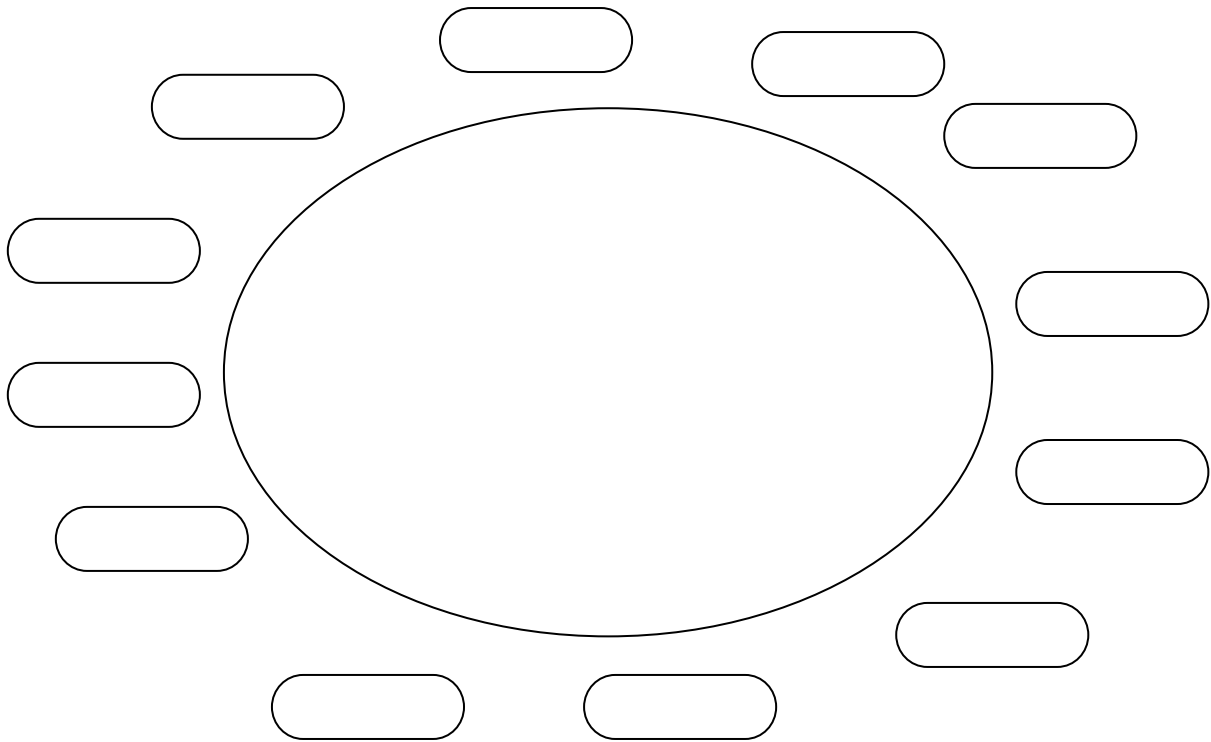
Preguntas	Sí	No
1. ¿Han mejorado sus conocimientos sobre la depresión?		
2. ¿Cree que son aplicables a su vida diaria los conocimientos que ha aprendido mientras ha durado el grupo?		
3. ¿Los temas tratados durante cada sesión de grupo han sido los que esperaba?		
4. ¿Las explicaciones de los temas han sido comprensibles?		
5. ¿Ha obtenido ayuda, en general, y apoyo, en particular, del grupo?		
6. ¿Las sesiones grupales han sido participativas?		
7. ¿Ha podido expresar sus sentimientos y pensamientos?		
8. ¿Le ha parecido adecuada la organización de las sesiones?		
9. ¿Ha conseguido los objetivos esperados del grupo?		
10. ¿Le ha parecido correcta la duración de cada sesión?		
11. ¿Cree que la duración de la intervención grupal ha sido la adecuada?		
12. ¿En general, está satisfecho/a de haber participado en el grupo?		
13. ¿Recomendaría participar en este tipo de intervención grupal a un familiar o amigo?		
14. ¿Cree necesario tratar otros temas? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles?		
15. Puntúe del 1 al 10 el grado de satisfacción del grupo.		
16. ¿Qué tema le ha parecido más útil? (Enumerar los temas del 1 al 10, según el grado de importancia, 1= tema más útil; 10= tema menos útil).		

	Activación conductual. Educación y identificación de los síntomas
	Dieta
	Educación sobre el tratamiento farmacológico
	Respiración. El hábito del sueño
	Técnica de resolución de problemas
	Autoimagen y autoestima
	Asertividad
	El uso del tiempo: el ritmo y la actividad diaria. Actividad física
	Los pensamientos positivos

Data de la sessió

Núm. de la sessió

Full d'observació grupal₁



1. En aquest full s'hi ha d'enregistrar l'observació duta a terme als participants durant la dinàmica grupal.