

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Efectividad de una intervención en Atención Primaria para la prevención del suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión.

Alumno: Montesinos Blanco, Marta.

Tutor: Rodríguez Pérez, M^a del Cristo.

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2020-2021

Resumen y palabras clave.

Introducción: El suicidio está relacionado con la depresión, siendo el riesgo de suicidio 21 veces superior entre estos pacientes que en el resto de población. La depresión es una de las enfermedades mentales más prevalentes en nuestro país según la Encuesta nacional de Salud realizada en el 2017 (6'68%) Según el INE, en el año 2017, en la Región de Murcia se produjeron 98 muertes por suicidio. En ocasiones, no se llega a diagnosticar la depresión y en consecuencia este problema se cronifica. La Terapia Cognitivo Conductual (en adelante TCC), es un modelo de tratamiento de enfermedades mentales, que ayuda al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas.

Objetivo: Analizar la efectividad de una intervención psicoeducativa en pacientes con depresión con factores de riesgo para el suicidio en AP, para la prevención del mismo tras 6 meses de seguimiento.

Tipo de diseño: Estudio cuasiexperimental de intervención en adultos con depresión de la Zona Básica de Salud Vistalegre-La Flota (Área VI de la Región de Murcia). Se seleccionarán 113 pacientes de 18 a 65 años de edad, diagnosticados de depresión, que aporten el consentimiento informado. Habrá dos grupos: un grupo de intervención (terapia cognitivo conductual) y un grupo control.

Intervención: El grupo intervención recibirá 12 sesiones de terapia cognitivo conductual en 12 semanas. Al finalizar las sesiones, se citarán a los pacientes para cumplimentar de nuevo las encuestas. A los 3 meses volverán para ser reevaluados. Por tanto, los pacientes realizarán las encuestas a los 0, 3 y 6 meses, para evaluar así la evolución a medio y largo plazo.

El grupo control no recibirá ninguna intervención, pero también cumplimentará las encuestas a los 0, 3 y 6 meses.

Palabras clave: depresión, suicidio, prevención, atención primaria.

Abstract

Introduction: Suicide is related to depression, being the risk of suicide 21 times higher among these patients than in the rest of the population. Depression is one of the most prevalent mental illnesses in our country according to the National Health Survey conducted in 2017 (6'68%) According to the INE, in 2017, in the Region of Murcia there were 98 deaths due to suicide. Wraps, do not get to diagnose depression and n consequence this problem is timed. Cognitive Behavioral Therapy (hereinafter CBT), is a model for the treatment of mental illness, which helps the patient to change their thoughts, emotions, behaviors and dysfunctional physiological responses to more adaptive ones.

Objective: To analyze the effectiveness of a psychoeducational intervention in patients with depression with risk factors for suicide in PA, for the prevention of it after 6 months of follow-up.

Type of design: Quasi-experimental study of intervention in adults with depression in the Vistalegre-La Flota Basic Health Zone (Area VI of the Region of Murcia).113 patients will be selected (aged 18 to 65 years), diagnosed with depression, who provide informed consent. There will be two groups: an intervention group (cognitive behavioral therapy) and a control group.

Intervention: The intervention group will receive 12 sessions of cognitive behavioral therapy in 12 weeks. At the end of the sessions, patients will be summoned to complete the surveys again. At 3 months they will return to be reevaluated. Therefore, patients will perform the surveys at 0, 3 and 6 months to evaluate the evolution to assess medium- and long-term developments. The control group will not receive any intervention, but will also complete the surveys at 0, 3 and 6 months.

Keywords: depression, suicide, prevention, primary care.

Índice

1. Pregunta PICO.....	4
2. Antecedentes y estado actual del tema.....	4
3. Justificación.	10
4. Objetivos.....	10
Principal.....	10
Específicos:	10
5. Hipótesis.....	11
6. Material y método.	11
6.1 Tipo de diseño.....	11
6.2 Población a estudio:	11
Criterios de inclusión.....	11
Criterios de exclusión	12
6.3 Cálculo del tamaño de la muestra.....	12
6.4 Método de muestreo	12
6.5 Método de recogida de datos.....	13
6.6 Variables independientes	13
6.7 Variables dependientes.....	14
6.8 Descripción de la intervención.....	14
6.9 Estrategia de análisis estadístico.....	15
7. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis.....	15
8. Estrategia de búsqueda bibliográfica.	16
9. Limitaciones y posibles sesgos, y métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos. ...	16
10. Posibles problemas éticos.	17
11. Calendario y cronograma previsto para el estudio.	17
12. Personal que participará en el estudio e instalaciones	18
13. Presupuesto.	19
14. Bibliografía.....	19
15. Anexos.	21

1. Pregunta PICO.

En los pacientes que están diagnosticados de depresión, con criterios de riesgo de suicidio, realizar una intervención psicoeducativa en el ámbito de la atención primaria, frente a no realizar esta intervención, ¿es eficaz para prevenir el suicidio?

P: Pacientes con diagnóstico de depresión en el ámbito de atención primaria.

I: realización de intervención psicoeducativa.

C: No realizar intervención psicoeducativa.

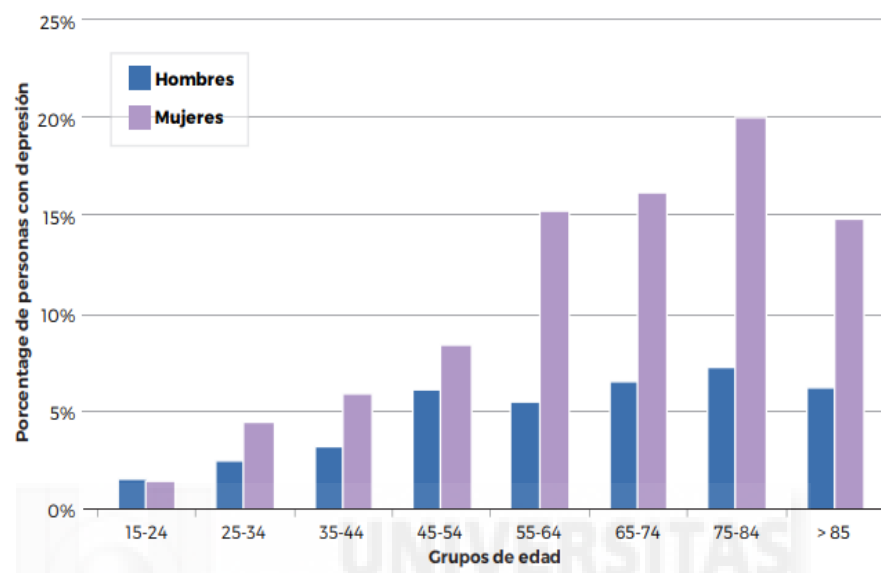
O: prevención del suicidio.

2. Antecedentes y estado actual del tema.

El suicidio se ha visto que está relacionado con la depresión, siendo el riesgo de suicidio 21 veces superior entre estos pacientes que en el resto de la población. La depresión es una de las enfermedades mentales más prevalentes en nuestro país, de hecho, según la Encuesta nacional de Salud realizada en el 2017, un 6'68% de los españoles tiene un diagnóstico de depresión en el último año, lo que corresponde a tres millones de personas en nuestro país. De estas personas, el 58% busca ayuda en el sistema de salud, por lo que esta cifra nos está escondiendo la realidad y la magnitud de la situación.

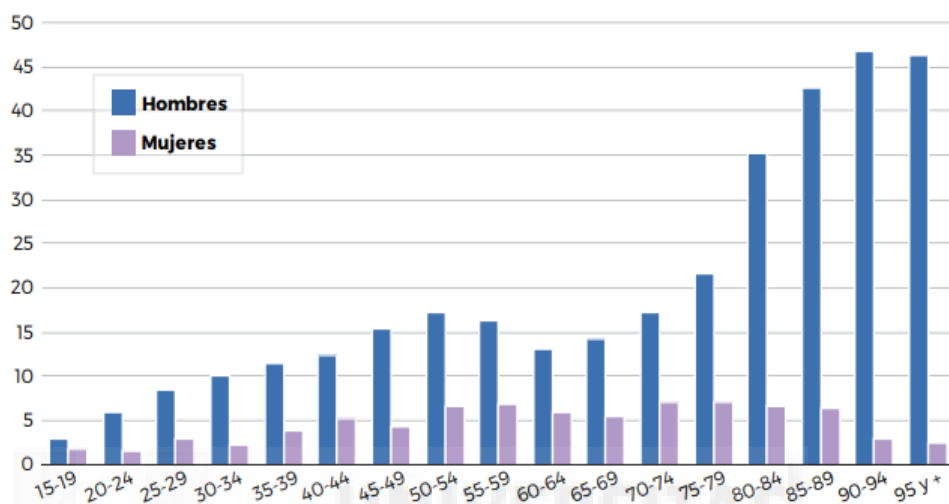
Si hablamos de diferencias por sexo, se estima que un 14% de las mujeres españolas ha sufrido en algún punto de su vida un episodio de depresión mayor, frente al 6% de hombres. Según el INE, en la última encuesta de 2017, elevó al 9% la prevalencia anual de depresión en mujeres y al 4% en el caso de los hombres. Esta tendencia parece ser común en casi todos los países del mundo. Esta encuesta nacional de Salud estimó que las personas entre 75- 84 años pertenecen al grupo de edad más prevalente con un diagnóstico de

depresión, con la peculiaridad de que a partir de los 55 años, las cifras de diagnóstico de depresión aumentan del 6% al 10%.



Aunque los datos de mortalidad por suicidio puedan suponer un problema en el registro, según la OMS, nuestro país tiene una buena calidad de registro de estos datos. Desde el año 2013 este registro de mortalidad por suicidio, es medido por el instituto anatómico forense y publicado por el INE. Desde el año 2010 los datos de muerte por suicidio se publican separados de las autolesiones con resultado de muerte. En el 2017 la tasa bruta de mortalidad por suicidio en nuestro país fue de 7.9 por 100.000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2017). Esto quiere decir que en España se producen de forma aproximada unos 10 suicidios al día, concretamente una persona cada dos horas y media, siendo el suicidio la causa externa de muerte más frecuente por encima de los accidentes de tráfico, y la segunda causa de muerte más frecuente entre los 20-24 años en el año 2017 (Instituto Nacional de Estadística, 2017). En el 2017 la tasa bruta de mortalidad por suicidio en hombres fue de 11 casos por cada 100.000 habitantes y 4.05 en el las mujeres. La tasa de mortalidad por suicidio se incrementa con edad. La edad media en el caso de los hombres es entre los 45-59 años, para posteriormente

disminuir y luego aumentar en los 65-70 siendo los grupos que tienen las tasas más elevadas. En todos los grupos de edades, la tasa de muerte es mayor en los hombres que en las mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2017). En cuanto a la ideas de suicidio y tentativas, son las mujeres y los más jóvenes los grupos más prevalentes.



Según el INE, en el año 2017, en la Región de Murcia se produjeron 98 muertes por suicidio, 82 fueron hombres y 16 fueron mujeres.

Defunciones por suicidios								
Resultados por comunidades y ciudades autónomas								
Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad.								
Unidades: suicidios								
	Todas las edades	Menores de 15 años	De 15 a 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 a 54 años	De 55 a 59 años
Región de Murcia								
Ambos sexos	98	1	11		15	11	16	14
Hombres	82	0	8		13	10	15	10
Mujeres	16	1	3		2	1	1	4
De 60 a 64 años								
De 65 a 69 años								
De 70 a 74 años								
De 75 a 79 años								
De 80 a 84 años								
De 85 a 89 años								
De 90 a 94 años								
De 95 años y más								
5	6	4	1	2	5	1	0	0
3	5	3	1	2	5	1	0	0
2	1	1	0	0	0	0	0	0

Según la Encuesta Europea de Salud de 2014 (INE), la prevalencia de los cuadros de depresión en la Región de Murcia es la siguiente:

Encuesta Europea de Salud 2014. Estado de salud: Cifras relativas				
SALUD MENTAL				
Prevalencia de cuadros depresivos activos según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años.				
Unidades: porcentaje				
	TOTAL	Cuadro depresivo mayor	Otros cuadros depresivos	Sin cuadro depresivo alguno
Ambos sexos				
Murcia (Región de)	100,00	4,30	8,03	87,67
Hombres				
Murcia (Región de)	100,00	3,05	6,31	90,64
Mujeres				
Murcia (Región de)	100,00	5,54	9,75	84,71

En muchas ocasiones, no se llega a hacer el diagnóstico de depresión, por tanto la principal consecuencia de una depresión sin diagnosticar o mal tratada es la cronificación del problema, suponiendo un coste personal y económico mayor, ingresos más prolongados, medicación, terapias, etc. Por tanto, las complicaciones pueden derivar en riesgos muy altos, siendo el más grave el suicidio. En el año 2018 fallecieron en España 3.539 personas por esta causa, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, con mayor proporción en el género masculino, con 2.619 muertes entre los hombres, frente a las 920 registradas en mujeres. En cuanto a los estudios que revisan la prevalencia y los factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española, el que más destaca es el ESEMed (Gabilondo et al., 2007): la prevalencia estimada a lo largo de la vida de la idea suicida fue de un 4,4%, un 1,4% de los encuestados admitieron planearlo, y un 1,5% afirmaron un intento de suicidio. Además, los autores destacaron que entre aquellas personas que presentaban ideación suicida, la probabilidad de hacer un plan suicida fue del 33,1%, mientras que la realización de un intento suicida superaba discretamente este dato, con un 33,9%. Los datos también manifestaban que la probabilidad de realizar un intento entre quienes presentaban ideas suicidas y habían elaborado un plan era superior (un 73%), con respecto a la de aquellas personas que no tenían plan, un 14,4%. La

investigación posterior confirma que estas cifras se mantienen, en general, a lo largo del tiempo. Lo confirma un estudio publicado en 2014 que evalúa la prevalencia en la población general y la compara con los datos del ESEMED, recogidos diez años antes (Miret et al, 2014)⁽¹⁾.

Según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, son factores de riesgo de suicidio⁽²⁾:

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Sexo: Los suicidios consumados son más prevalentes en los hombres pero los intentos de autolisis son más prevalentes en las mujeres.
- Edad: en personas mayores el riesgo es mayor por el sentimiento de soledad, la pérdida de seres queridos, de relaciones, la desesperanza...
- Divorcio: personas que vivan situaciones de soledad, abandono o desesperanza.
- Situación laboral y económica: sufrir pobreza e inestabilidad social incrementa el riesgo.
- Conducta suicida previa: el estigma conduce a la falta de voluntad para pedir ayuda.
- La presencia de un trastorno mental, dolor crónico, enfermedades (cáncer, VIH, diabetes, Parkinson, Alzheimer...)
- Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias tóxicas.
- Maltrato infantil.

Son factores protectores:

- Relaciones personales sólidas.
- Creencias religiosas y espirituales.
- Tener estrategias positivas de afrontamiento y bienestar como estilo de vida.
- Enfoque preventivo del suicidio.

La Terapia Cognitivo Conductual (en adelante TCC), es un modelo de tratamiento de varias enfermedades mentales, que ayuda a que el paciente cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para poder hacer frente a sus problemas o en este caso la depresión. Dura normalmente de 10 a 20 sesiones y los pacientes refieren mejoría a las 4 o 6 semanas del inicio de la terapia. ⁽³⁾

Inicialmente se insta a los individuos a reconocer los pensamientos automáticos negativos, y de ahí, a averiguar cómo estos pensamientos dan lugar a conductas y sensaciones somáticas desagradables e inadecuadas. Luego, se enseña a los pacientes a examinar la exactitud de esos pensamientos, a ponerlos a prueba y a desarrollar cogniciones más adaptativas. La TCC tiene como objetivos disminuir los pensamientos disfuncionales, aumentar las habilidades de autocontrol, optimizar la capacidad para resolver los problemas y a incrementar las habilidades sociales e interpersonales.

Un estudio realizado en 1995 titulado “psicoterapia versus medicación para la depresión”, determinó que la TCC es más eficaz que la farmacoterapia incluso en casos de depresión grave. Otro estudio publicado en la Revista Interamericana de Psicología en 2011, da indicios de la efectividad de la TCC en la prevención del suicidio en adolescentes puertorriqueños diagnosticados de depresión. ⁽⁴⁾ Su intervención se basó en el manual de TCC desarrollado por Miranda y Muñoz en 1986, en el que se describen 12 sesiones divididas en tres módulos principales (4 sesiones por cada uno): cómo los pensamientos, las actividades y las relaciones interpersonales afectan el estado de ánimo. En este estudio, las sesiones las impartían alumnos de nivel doctoral de psicología de la Universidad de Puerto Rico.

Este proyecto se va a basar en el manual de Miranda y Muñoz que se utilizó en el estudio citado.

Una revisión de la Biblioteca Cochrane determina que la TCC probablemente reduce los síntomas de depresión en adultos con insuficiencia renal terminal. ⁽⁵⁾

3. Justificación.

Hemos de tener en cuenta, que en nuestro país, la puerta de entrada al sistema sanitario es la atención primaria y por tanto el primer nivel asistencial en la escalera del Sistema Nacional de Salud, por lo que es de vital importancia que desde allí se diagnostiquen precozmente e identifiquen a aquellas personas más vulnerables de padecer depresión y por tanto, de tener riesgo de ideación suicida y con ello, realizar una tentativa. Normalmente, los usuarios de la Atención Primaria, tienen más confianza con el personal del centro de salud que en otros profesionales, pues los conocen bastante tiempo y quizá se sienten más cómodos a la hora de verbalizar sus problemas y pedir ayuda, por ello la AP es el ámbito más idóneo para el manejo de la salud mental. Debemos de tener en cuenta que el suicidio no es solo un problema de salud, si no también un problema social, y que es por ello por lo que debería tener un enfoque multidisciplinar y actuaciones sobre el paciente, la familia y recursos de la comunidad.

En estos casos, es de vital importancia establecer una relación con el paciente, poner en práctica la escucha activa, entrevista motivacional y así, asegurarnos de que la persona entiende lo que le está pasando, hacernos una idea de los recursos sociales y familiares que tiene la persona y asegurarnos de una correcta adherencia al tratamiento.

4. Objetivos.

Principal: Analizar la efectividad de una intervención psicoeducativa en pacientes diagnosticados de depresión con factores de riesgo para el suicidio en AP para la prevención del mismo tras 6 meses de seguimiento.

Específicos:

- Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes de la muestra.
- Describir las diferentes comorbilidades, factores de riesgo para el suicidio y toma de fármacos en la muestra

- Comparar las diferencias obtenidas en los pacientes que son sometidos a la intervención psicoeducativa frente a los que siguen la práctica clínica habitual, en cuanto a mejora de su enfermedad e intentos de suicidio tras 12 meses de seguimiento
- Establecer un circuito y protocolo adecuado en AP para la inclusión de los pacientes en este programa.

5. Hipótesis.

La TCC enfocada a los pacientes con diagnóstico de depresión en riesgo de suicidio, ha mostrado ser eficaz y costo-efectiva para prevenir suicidios consumados en el ámbito de atención primaria.

6. Material y método.

6.1 Tipo de diseño

Se trata de un estudio cuasiexperimental de intervención en pacientes adultos diagnosticados de depresión de la Zona Básica de Salud Vistalegre-La Flota, perteneciente al Área VI de la Región de Murcia. Los pacientes se dividirán en dos grupos: un grupo de intervención (al que se le realizará una terapia cognitivo conductual) y un grupo control. La duración del estudio será de 6 meses.

6.2 Población a estudio:

Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados de depresión entre el rango de edad 18-65 años, ambos inclusive.
- Consentimiento informado. (Anexo I)
- Pacientes pertenecientes a la zona básica de salud del centro de salud Vistalegre-La Flota de la Región de Murcia, perteneciente al Área de Salud VI.

Criterios de exclusión

- Menores de 18 años.
- Presencia de Trastorno Bipolar.
- Presencia de esquizofrenia o psicosis.
- Pacientes adscritos al centro de salud pero que se encuentran fuera de zona.
- Abuso de alcohol y sustancias en los últimos 12 meses.
- Pacientes inmovilizados que no se puedan desplazar al centro de salud.

6.3 Cálculo del tamaño de la muestra

Utilizamos el programa OMI Estadístico para saber cuántos pacientes del centro de salud tienen actualmente un diagnóstico de depresión activo en los últimos dos años (01/04/2019 al 31/03/2021), llegando a una muestra de 252 pacientes. De esos 252, eliminamos los pacientes que han fallecido o que se han cambiado a otro centro de salud, quedando una población de 229. De esos 229, se excluyen a los menores de 18 años y mayores de 65 años, quedando una población de 181 pacientes.

Utilizando la plataforma Fistera para el cálculo del tamaño muestral, con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 3%, obtenemos un tamaño muestral de 96 pacientes. Si estimamos un 15% de pérdidas, finalmente obtenemos un tamaño muestral de 113 pacientes.

6.4 Método de muestreo

Finalmente, los participantes que resulten seleccionados y hayan dado su consentimiento para participar, se adscribirán al grupo de intervención o el de control. Se utilizarán técnicas de doble ciego con el fin de minimizar los sesgos y garantizar la validez del ensayo. Para ello, ni el paciente ni el enfermero que lleve a cabo las sesiones y la recogida de datos sabrá a qué grupo pertenece el paciente.

6.5 Método de recogida de datos

El proyecto será presentado al Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Morales Meseguer para obtener su aprobación.

Posteriormente, se realizará una llamada telefónica a los pacientes para citarlos en consulta, dónde se le explicará el proyecto que se va a llevar a cabo y se solicitará el consentimiento informado.

En una segunda cita, que puede coincidir con la de su cita programada, tanto los pacientes que pertenezcan al grupo de intervención como al grupo control, tendrán que cumplimentar la Escala SadPersons y la Escala modificada de Hamilton para la evaluación de la depresión antes del comienzo de la intervención, a mitad del estudio y al finalizar la intervención.

6.6 Variables independientes

Edad: en años. (Cuantitativa discreta)

Género: Se diferenciarán a los pacientes según género: femenino (F) y masculino (M). (Cualitativa nominal)

Nivel de estudios: analfabetismo / estudios primarios / estudios secundarios / estudios universitarios o superiores. (Cualitativa nominal)

Estado civil: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, vive sólo. (Cualitativa nominal)

Nivel socioeconómico: ingresos o renta mensual aproximada (en €) / situación laboral (desempleo, empleado temporal / empleado fijo...) (Cualitativa nominal)

Variables clínicas según la evolución clínica de la depresión: año del diagnóstico, episodios de recurrencia (sí/no), intentos de autolisis previos (sí/no), número de intentos, hospitalización por intentos de autolisis (sí/no). (Cualitativa dicotómica)

6.7 Variables dependientes

Escala Sad Persons: Escala heteroaplicada que consta de 10 ítems y cada uno hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora según la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Obtener menos de 2 puntos indica bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto. Apta para el uso en AP. (Anexo II)

Escala modificada de Hamilton para la evaluación de la depresión: Es una escala heteroaplicada que valora la gravedad de los síntomas de la depresión y además incluye un ítem destinado a valorar la ausencia o presencia de ideación suicida. Está validada su versión en castellano, que consta de 17 ítems. Una puntuación de 0-6 es indicativo de no depresión, 7-17 depresión ligera, 18-24 depresión moderada y 25-52 depresión grave. (Anexo III)

6.8 Descripción de la intervención

Una vez que los pacientes estén asignados a grupo intervención o grupo control, se les volverá a citar para cumplimentar las encuestas.

El grupo intervención recibirá 12 sesiones de terapia cognitivo conductual en un plazo de 12 semanas (una sesión a la semana). Al finalizar las 12 sesiones, se citarán a los pacientes para cumplimentar de nuevo las encuestas y de nuevo, a los 3 meses volverán para ser reevaluados. Por tanto, los pacientes realizarán las encuestas a los 0, 3 y 6 meses, para evaluar así la evolución a medio y largo plazo.

Las sesiones constan de 3 grandes bloques: “Cómo nuestros pensamientos afectan a nuestro estado de ánimo” (4 sesiones), “cómo nuestras actividades afectan a nuestro estado de ánimo” (otras 4 sesiones), y “cómo los contactos con la gente afectan a nuestro estado de ánimo” (otras 4 sesiones). El contenido detallado de las sesiones se presenta detalladamente en el Anexo IV.

Serán impartidas por enfermeras y médicos del centro de salud Vistalegre-La Flota, en horario de 11:30h a 12:30h.

El grupo control no recibirá ninguna intervención, pero también cumplimentará las encuestas a los 0, 3 y 6 meses.

6.9 Estrategia de análisis estadístico

Los datos se recogerán en una hoja de Excel para ser exportados a una base de datos creada con el paquete estadístico SPSS® versión 23.

Las variables cuantitativas se presentarán resumidas mediante medias y desviaciones típicas. Las variables cualitativas se expresarán en frecuencia e intervalo de confianza 95% (IC95%).

Para la comparación de medias entre el grupo intervención y el control, se usará la t-Student y para la comparación de porcentajes se usará la prueba de la Chi Cuadrado. En caso de que las variables no se ajusten a la distribución normal se usarán pruebas no paramétricas. Se aceptará que un resultado es significativo cuando el *p valor* sea menor o igual a 0.05.

Se estimarán los riesgos de suicidio a partir de modelos de regresión logística. La variable dependiente será puntuación alta en ideación suicida (sí/no) y se ajustarán por la edad, sexo, comorbilidades y otras variables que hayan resultado de interés en el bivariado a parte de por el hecho de haber recibido o no la intervención. Se obtendrán así las OR con sus IC95%.

7. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis.

Si se cumpliera la hipótesis, la TCC sería una intervención eficaz y costo-efectiva para prevenir suicidios consumados en el ámbito de atención primaria en los pacientes con depresión en riesgo de suicidio. De esta manera también se reducirían comorbilidades y gasto sanitario, no sólo de la Región de Murcia, sino a nivel nacional, pues podría extrapolarse a otras comunidades autónomas y así potenciar una red a nivel de atención primaria y salud mental,

tendiendo un puente entre ambas especialidades, demostrando el alcance de los cuidados especializados en los que este país invierte, siendo desarrollados por médicos y enfermeros especialistas en la promoción y educación para la salud de los individuos, familias y comunidades.

8. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Usando la cadena de búsqueda “suicidio AND atención primaria” se obtuvieron en Cochrane: 12 resultados y en Pubmed: 5 resultados. Usando la cadena de búsqueda “suicidio AND enfermedad mental grave” se obtuvieron en Cochrane: 12 resultados y en Pubmed: 1 resultado. Usando la cadena de búsqueda “suicidio AND prevención” se obtuvieron en Cochrane: 15 resultados y en Pubmed: 15 resultados. Usando la cadena de búsqueda “suicidio AND depresión” se obtuvieron en Cochrane: 38 resultados y en Pubmed: 15 resultados

9. Limitaciones y posibles sesgos, y métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos.

De llevarse a cabo este estudio, se atenderá a los criterios de inclusión y de exclusión para conformar la muestra, ya que han sido diseñados en respuesta a los objetivos del estudio. Así, se evitarán posibles sesgos de selección.

Puede haber un sesgo de abandono o pérdida ya que los participantes no están obligados a asistir a todas las sesión educativas grupales organizadas y es posible que algunos de los usuarios que asistieron a la primera sesión no acudan a la segunda o asistir a todas las sesiones y no presentarse en la segunda recogida de los parámetros medidos en el estudio tras la aplicación de la intervención. Por ello, el tamaño muestral se ha calculado teniendo en cuenta un porcentaje de abandono del 15%; eso ha maximizado el tamaño de la muestra.

También es importante considerar el efecto Hawthorne, ya que es una respuesta inducida por el conocimiento de los participantes al saber que están

siendo estudiados. En este caso, al tratarse de un estudio de intervención, se ha propuesto como técnica de enmascaramiento el doble ciego, evitando de alguna forma este sesgo.

10. Posibles problemas éticos.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Para llevar a cabo este proyecto se solicitará la aprobación al comité de ética correspondiente, en este caso el Comité de Ética de Investigación del Hospital Morales Meseguer y se seguirán las recomendaciones pertinentes. Se realizará un consentimiento informado verbal, vía telefónica, para recabar la autorización del paciente o su representante legal para poder acceder a la historia clínica informatizada, y participar en el estudio. Se grabará cada conversación con el paciente para tal fin y esos audios serán custodiados por la investigadora principal del estudio durante 5 años.

La información recogida en los CRD de cada paciente será volcada a una base de datos en SPSS. La base de datos será custodiada por la investigadora principal del proyecto y será anónima, sin contener datos de carácter personal que puedan identificar al paciente.

11. Calendario y cronograma previsto para el estudio.

El proyecto se llevará a cabo entre abril de 2021 y mayo de 2022.

Abril 2021: Presentación al CEI del Hospital Morales Meseguer del estudio para su aprobación. Acceso a OMI Estadístico del centro de salud de Vistalegre-La Flota del área VI de la Región de Murcia. Depuración de los datos.

Mayo 2021-Junio 2021: Revisión de las historias clínicas, selección de pacientes en base a los criterios de inclusión y de exclusión, contacto telefónico para citarlos en consulta e informarles del proyecto y obtención de consentimiento informado. Distribución de pacientes en grupo de intervención y control.

Septiembre 2021-Noviembre 2021: cumplimentación de las encuestas e inicio de las sesiones.

Diciembre 2021: cumplimentación por segunda vez de las encuestas.

Marzo 2022: cumplimentación por tercera vez de las encuestas.

Abril 2022: Análisis estadístico.

Mayo 2022: publicación de resultados.

12. Personal que participará en el estudio e instalaciones.

Investigadora principal: dirigirá la evolución del proyecto, redacción del proyecto y publicaciones posteriores.

Investigadores colaboradores: recogida de datos, evaluación de los pacientes mediante las escalas y participación en publicaciones posteriores.

Enfermeros y médicos del centro de salud Vistalegre-La Flota: Participación en las sesiones del grupo de intervención.

Se utilizará la sala de educación maternal del centro de salud Vistalegre-La Flota, pues es la más preparada para reunir pacientes y cuenta con los dispositivos adecuados para tal fin: ordenador, proyector de powerpoint...

Las sesiones tendrán una duración de 60 minutos, en horario de 11:30h-12:30h.

13. Presupuesto.

PRESUPUESTO SOLICITADO	
GASTOS DE EJECUCIÓN:	
Adquisición de bienes y contratación de servicios	
Paquete estadístico:	
SPSS.....	2000€
Un ordenador portátil y una impresora.....	700€
Material de oficina y papelería (cartuchos de tinta para impresora, folios, bolígrafos.....)	50€
Subtotal: 2750€	
GASTOS DE DIVULGACIÓN:	
Congresos	200€
Publicación en revista de acceso abierto.....	1000€
Subtotal: 1200€	
TOTAL: 3950€	

14. Bibliografía.

1. Navío Acosta M, Pérez Sola V. Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. Madrid[Internet]Wecare-U; 2020. [citado 10 junio 2021]. Disponible en: file:///C:/Users/User/Desktop/biblio%20tfm/1.LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf
2. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida.

[Internet] Triacastela: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011. [citado 10 junio 2021]. Disponible en: file:///C:/Users/User/Desktop/biblio%20fm/2.Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf

3. Puerta Polo, Juliana Vanessa, Padilla Díaz, Dancy Eliana, Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. Duazary [Internet]. 2011;8(2):251-257. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

4. Rosselló, Jeannette, Duarté-Vélez, Yovanska, Bernal, Guillermo, Zuluaga, María Gema, Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology [Internet]. 2011;45(3):321-329. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28425426002>

5. Natale P, Palmer SC, Ruospo M, Saglimbene VM, Rabindranath KS, Strippoli GFM. Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients (Intervenciones psicosociales para la prevención y el tratamiento de la depresión de pacientes en diálisis). Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 12. Art. No.: CD004542. DOI: 10.1002/14651858.CD004542.pub3.

6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

7. Muñoz RF, Aguilar-Axiola S, Guzmán J. Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de depresión. [Internet]. Santa Mónica: Rand; 1986. [citado 10 junio 2021] Disponible en: file:///C:/Users/User/Desktop/biblio%20fm/manual%20de%20terapia%20de%20grupo.pdf

15. Anexos.

ANEXO I. MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO DEL ESTUDIO: Efectividad de una intervención en Atención Primaria para la prevención del suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marta Montesinos Blanco, Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria en el centro de salud Vistalegre-La Flota, Consulta 14.

CENTRO: Centro de Salud Vistalegre-La Flota

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Los investigadores de este estudio quieren conocer y mejorar aspectos relacionados con la prevención del suicidio en personas diagnosticadas de depresión. Para ello, se ha diseñado un estudio que incluirá a pacientes adultos con ese diagnóstico, que pertenezcan al centro de salud Vistalegre-La Flota. Se quiere investigar la eficacia de una intervención basada en la Terapia

Cognitivo-Conductual para la prevención del suicidio en estas personas, constando dicha terapia de 12 sesiones (una sesión a la semana) con una duración de 60 minutos cada una, aproximadamente. Antes de iniciar esas sesiones se citarán a las personas en consulta para la cumplimentación de dos encuestas. Dichas encuestas se volverán a cumplimentar al finalizar las sesiones y a los tres meses de haber concluido las mismas. Habrá un grupo de pacientes que reciba dichas sesiones y otro que no las recibirá pero que tendrá que cumplimentar las encuestas igualmente.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), por lo que es importante que conozca la siguiente información:

- Además de los derechos que ya conoce (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales y los requisitos de autorización de medicamentos. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

- Tanto el Centro como el Investigador son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar

dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades sanitarias, cuando así lo requieran o en casos de urgencia médica. Los Comités de Ética de la Investigación y los representantes de la Autoridad Sanitaria en materia de inspección, únicamente podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio clínico y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (siempre manteniendo la confidencialidad de la información).

El Investigador está obligado a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 5 años tras su finalización. Posteriormente, su información personal solo se conservará por el centro para el cuidado de su salud.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Tal y como exige la ley, para participar deberá firmar y fechar el documento de consentimiento informado.

El investigador principal de este estudio en este centro es la Enfermera Marta Montesinos Blanco.

Si durante la realización de este estudio le surge alguna cuestión relacionada con el puede consultar con la Enfermera Marta Montesinos Blanco en la consulta 14 del centro de salud Vistalegre-La Flota.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: Marta Montesinos Blanco

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Nombre:

Fecha:

Firma del investigador:

Nombre:

Fecha:

ANEXO II. ESCALA SAD PERSONS

	Sí	No
S exo (los hombres tienen mayor riesgo de suicidio que las mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A edad (< 20 años y > 45 años, mayor riesgo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D epresión (especialmente con desesperanza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P intentos previos (especialmente si han sido potencialmente letales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E abuso de etanol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R pérdida del pensamiento racional, alucinaciones u obsesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S oporte social deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O plan organizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N ausencia de pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S enfermedad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO III. ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafáfila

1. Estado de ánimo deprimido

0. Ausente

1. Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2. Moderado: Llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación...

3. Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión, rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4. Extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivo en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de capacidad de reacción a estímulos placenteros.

2. Sentimientos de culpa

0. Ausente

1. Ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2. Moderado: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3. Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece.
 4. Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias.
3. *Suicidio*
0. Ausente.
 1. Ligero: La vida no vale la pena vivirla.
 2. Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir.
 3. Intenso: ideas o amenazas suicidas.
 4. Extremo: serio intento de suicidio.
4. *Insomnio inicial*
0. Ausente
 1. Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)
 2. Frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 o más noches/Semana)
5. *Insomnio medio* (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)
0. Ausente.
 1. Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana).
 2. Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 3 (3 o más noches seguidas por semana).
6. *Insomnio tardío*
0. Ausente
 1. Ocasional: se despierta antes de lo habitual (<2h antes; < 3 días/semana).
 2. Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 o más días por semana.
7. *Trabajo y actividades*

0. Ausente
1. Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.
2. Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).
3. Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. Notable desatención del aseo personal.
4. Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello.

8. *Inhibición*

0. Ausente.
1. Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.
2. Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).
3. Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.
4. Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9. *Agitación*

0. Ausente
1. Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.
2. Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos, se muerde los labios, se tira de los cabellos, mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas...
3. Intensa: no puede estarse quieto durante la entrevista, se levanta de la silla.
4. Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro o quitándose la ropa, arrancándose los cabellos, el paciente parece desconcertado y "desatado"

10. *Ansiedad psíquica*

0. Ausente.
1. Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.
2. Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.
3. Intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y lenguaje.
4. Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verba.

11. Ansiedad somática.

0. Ausente.
1. Ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.
2. Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.
3. Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
4. Extrema: numeroso síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12. Síntomas somáticos gastrointestinales.

0. Ausente.
1. Ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.
2. Intensos: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13. Síntomas somáticos generales.

0. Ausentes.
1. Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza, algias en el dorso, cabeza, músculos.
2. Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo, cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14. Síntomas genitales.

0. Ausentes.
1. Ligeros: descenso de la libido, actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2. Intensos: pérdida completa de apetito sexual, impotencia o frigidez funcionales.

15. Hipocondría.

0. Ausente.
1. Ligera: preocupado de sí mismo corporalmente.
2. Moderada: preocupado por su salud.
3. Intensa: se lamenta constantemente, solicita ayuda, etc.
4. Extrema: ideas hipocondríacas delirantes.

16. Pérdida de introspección.

0. Ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.
1. Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.
2. Moderada: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17. Pérdida de peso.

0. Ausente.
1. Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana o 2'5 kg/año sin dieta.
2. Intensa: pérdida de peso definida según el paciente; pérdida superior a 1 kg/semana o 4'5 kg/año sin dieta.

PUNTUACIÓN TOTAL:

ANEXO IV. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Las sesiones se llevarán a cabo en la sala de Educación Maternal del Centro de Salud Vistalegre-La Flota, ya que es la que más aforo permite y está adecuada para ello con el material audiovisual y arquitectónico necesario. Durarán aproximadamente 60 minutos y podrán ser impartidas tanto por médicos como enfermeros.

Bloque I: Cómo nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo

Sesión 1 de 4

1) El propósito de esta terapia de grupo es tratar la depresión enseñando diferentes formas de controlar mejor nuestro estado de ánimo. Hay 4 objetivos:

- Disminuir los sentimientos de depresión.
- Acortar el tiempo que estamos deprimidos.
- Aprender formas de prevenir una recaída en la depresión
- Sentirnos en más en control de nuestras vidas

2) Los propósitos de la sesión de hoy son:

-Presentarnos unos a otros dentro del grupo: compartir acerca de uno mismo, como donde nació y creció, cosas sobre su familia, su trabajo, intereses, hobbies y cosas que se consideran importantes para la persona.

-Aprender lo que es la depresión: la depresión puede significar un sentimiento que dura unos cuantos minutos, un estado de ánimo que dura de una hora a unos cuantos días o una condición clínica que dura al menos dos semanas, causa un fuerte sufrimiento emocional y hace difícil que llevemos a cabo nuestras actividades diarias. Las personas que sufren de depresión clínica generalmente tienen cinco o más de los siguientes síntomas:

- Sentirse deprimido o decaído casi a diario.
- Pérdida de interés en cosas o incapacidad de disfrutar de cosas que antes disfrutaba,
- Cambio de apetito o de peso.
- Problemas para dormir: dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertarse muy temprano y no poderse dormir de nuevo o dormir mucho.
- Cambios en la rapidez con la que se mueve. Inquietud o enlentecimiento.
- Sentirse cansado todo el tiempo.
- Sentirse infravalorado o culpable.

- Problemas para pensar o tomar decisiones, problemas de concentración.
- Pensar mucho acerca de la muerte, deseando la muerte o pensar en la idea del suicidio.

-Aprender cómo los pensamientos influyen en cómo nos sentimos: por “pensamientos” nos referimos a “cosas que nos decimos a nosotros mismos”. Estos pueden tener un efecto sobre el cuerpo, las acciones y el estado de ánimo. Para vosotros, ¿qué significa la depresión? (en esta ocasión podéis compartir vuestros problemas)

- ¿Qué tipos de pensamientos os pasan por la mente cuando os sentís deprimidos o tristes?
- ¿Qué es lo que hacéis cuando os sentís deprimidos?
- ¿Cómo os lleváis con la gente cuando estáis deprimidos?

Sesión 2 de 4

1) ¿Qué son los pensamientos? Son ideas que nos decimos a nosotros mismos: nosotros nos hablamos mentalmente todo el tiempo, pero no todo el tiempo nos damos cuenta. Es útil pensar acerca de los pensamientos como objetos o ideas que tienen un efecto real sobre nuestras mentes y cuerpos.

2) ¿Cómo piensan los que están deprimidos?

-Son inflexibles: por ejemplo, “tengo miedo”. Un pensamiento flexible que nos podría evitar sentirnos deprimidos podría ser “a veces tengo miedo, pero también a veces soy valiente”.

-Enjuiciador: Por ejemplo “soy un fracaso”. El pensador flexible podría decir “soy miedoso pero eso no quiere decir que sea cobarde”.

3) ¿Cómo piensan los que no están deprimidos?

-Se puede cambiar su forma de pensar: lo que para una persona deprimida es “yo siempre he sido y seguiré siendo un cobarde”, para una persona flexible es “a veces, me siento con miedo en algunas situaciones”.

-Se fijan en lo que hacen, no lo que son: la persona deprimida podría decir “nacé para sentirme mal”, pero el flexible podría decir “he estado comportándome en formas que ahora me hacen sentir deprimido”.

-Tienen esperanzas para el cambio: el pensador deprimido diría “nunca me ha ayudado nada”, mientras que el pensador flexible diría “nada de lo que he intentado hasta ahora me ha ayudado, pero esto es nuevo y podría ser el momento oportuno para empezar a sentirme mejor”.

4)Aprendiendo a identificar diferentes tipos de pensamientos:

-Pensamientos constructivos versus destructivos:

- Los pensamientos constructivos le ayudan a sentirse mejor y más entero. UN ejemplo de este tipo de pensamiento sería “yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que yo realmente quiero”.
- Los pensamientos destructivos lo hacen sentirse mal: “no sirvo para nada”, “todo me sale mal”, “he cometido tantos errores que ahora no puedo salir de mis problemas”.

-Pensamientos necesarios versus innecesarios:

- Los pensamientos necesarios le recuerdan cosas que tenemos que hacer, como “debo intentar expresar lo que pienso”
- Los pensamientos innecesarios no cambian nada y solo hacen que nos sintamos mal: “pronto habrá un terremoto”, “a lo mejor tengo cáncer”.

-Pensamientos positivos versus negativos:

- Los pensamientos positivos lo hacen sentirse mejor, por ejemplo “las cosas ahora parecen estar mal, pero por lo menos aquí estoy haciendo algo para cambiarlas”, es útil.
- Los pensamientos negativos lo hacen sentirse mal, por ejemplo “no hay remedio para mi depresión”.

5)Errores en el pensamiento. Aprendiendo a reconocerlos.

- Pensamientos de todo o nada: cuando miramos las cosas como si fueran completamente buenas o completamente malas, sin término medio.

- Ver un ejemplo de algo negativo y asumir que todo va a salir mal: “como esta persona no me ha saludado, nunca podré ser su amigo”
- Filtro mental: nos fijamos en un evento negativo exclusivamente, de tal forma que todo lo demás lo vemos negativo.
- No tener en cuenta lo positivo, por ejemplo creer que no le caemos bien a nadie, de tal forma que si alguien se porta bien con nosotros, pensamos que algo mal debe haber con esa persona.
- Sacar conclusiones erróneas: hacer conclusiones antes de tiempo
- Darle mayor o menor importancia a las cosas de la que realmente tienen: hacemos que los errores parezcan más grandes de lo que realmente son, pero las cosas buenas que nos suceden hacemos que parezcan menos importantes de lo que son.
- Tomar los sentimientos muy en serio pensando que son la realidad, por ejemplo “me siento tan mal, que esto prueba lo terrible que es vivir en este mundo”
- Deberes: tratamos de motivarnos con deberes, es decir, con lo que pensamos que la gente debe hacer o decir: “debo dejar de comer hasta que pierda peso”. Cuando nos decimos estos deberes a nosotros mismos, nos sentimos culpables, pero si es acerca de otras personas sentimos enfado o desilusión con ellas.
- Etiquetarnos: solo por cometer un error, pensamos que somos unos perdedores.
- Culparnos a nosotros mismos de cosas negativas que suceden a nuestro alrededor y que no tenemos ningún control sobre ellas.

De la teoría a la práctica:

-Hacer un registro de pensamientos. Al final del día sumar el total de pensamientos positivos y el total de pensamientos negativos. Establecer la conexión que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y su estado de ánimo.

Sesión 3 de 4

- A. Aumentando pensamientos que producen un mejor estado de ánimo.
Formas de aumentar el número de pensamientos saludables.

- Aumentando en su mente el número de buenos pensamientos: hacer listas de los pensamientos que usted tiene acerca de usted mismo y de la vida en general.
- Felicítase usted mismo: la mayoría de cosas que hacemos no las notan las otras personas, por tanto es importante reconocerlas y darnos crédito por ellas.
- Pare todo lo que está haciendo: podemos tomar un descanso de ponernos nerviosos a nosotros mismos al darnos mentalmente un tiempo
- Tómese una pausa: permítase que su mente se relaje y que se tome un descanso. Póngale atención a la habilidad natural de su cuerpo de sentirse en paz. Sentirse en paz le puede dar energía.
- Proyección al futuro: imagínese en el futuro, en un tiempo en que las cosas serán mejores.

B. Disminuyendo los pensamientos que nos hacen sentir mal:

- Interrumpa su pensamiento: cuando un pensamiento está arruinando nuestro estado de ánimo, podemos identificarlo y tratar de interrumpirlo
- Tiempo para preocuparse: prográmese unos 10-30 minutos al día para preocuparse, de tal forma que se pueda concentrar enteramente en pensamientos necesarios y dejar el resto del día libre de preocupaciones.
- Ríase de los problemas exagerándolos: trate de reírse de sus preocupaciones.
- Considere lo peor que puede pasar: recuerde que lo peor que puede pasar es solamente una de las muchas posibilidades y solo porque es la peor no significa que sea la más probable de que ocurra.

Tiempo de práctica: pensemos algunos ejemplos de cómo usar estas ideas. Piense en cómo usar los ejemplos con los pensamientos que ha estado teniendo esta semana.

C. Hablándole a sus pensamientos. Método ABCD

Cuando se sienta deprimido, pregúntese lo que está pensando. Entonces, trate de hablarle al pensamiento que le está molestando o hiriendo.

- **A** es el evento Activante, es decir, lo que le sucedió.
- **B** es en inglés Belief (la creencia) o el pensamiento que está teniendo lugar, es decir, lo que se dice a usted mismo acerca de lo que está pasando.
- **C** es la Consecuencia de su pensamiento, es decir, el sentimiento que usted tienen como resultado de ese pensamiento.
- **D** es la forma en que usted Discute o le habla a su pensamiento.

Por ejemplo, usted se siente deprimido. Cuando piensa en esto cree que se siente así porque tiene diabetes:

A: Tengo diabetes.

B: “nadie puede ser feliz con diabetes”; “la diabetes va a arruinar mi vida”; “no puedo soportar tener diabetes”

C: La consecuencia de pensar esto es sentirse muy deprimido por un tiempo largo.

D: Yo puedo hablarle a esos pensamientos de la siguiente forma: “existen personas con diabetes que son tan felices como las que no la tienen”; “la diabetes es una carga con la que tengo que batallar, pero no está arruinando necesariamente cada minuto de mi día”.

De la teoría a la práctica: continúe haciendo la lista de pensamientos positivos y negativos cada día. Use el método ABCD para hablarle a sus pensamientos.

Sesión 4 de 4

A. Algunos pensamientos comunes que pueden hacernos sentir deprimidos:

1. Todos me deben querer

2. Yo debo de ser capaz de hacer las cosas bien siempre y de trabajar duro todo el tiempo para sentirme bien acerca de mi mismo.
3. Algunas personas son malas y deben ser castigadas. Me sentiré muy mal si las cosas no suceden en la forma en que deben suceder.
4. Otras personas y cosas sobre las que yo no tengo control son las que me hacen sentir infeliz.
5. Yo debo preocuparme de las cosas malas que pueden suceder.
6. Nunca podre ser feliz si yo no tengo a nadie que me quiera.
7. Yo no puedo cambiar mi forma de ser, así crecí y así seré.
8. Yo debo de sentirme triste cuando a la gente que quiero le está yendo mal.
9. Me debo sentir muy mal si no hago las cosas correctas.

B. Más práctica con método ABCD.

- **A** es el evento Activante, es decir, lo que le sucedió.
- **B** es en inglés Belief (la creencia) o el pensamiento que está teniendo lugar, es decir, lo que se dice a usted mismo acerca de lo que está pasando.
- **C** es la Consecuencia de su pensamiento, es decir, el sentimiento que usted tienen como resultado de ese pensamiento.
- **D** es la forma en que usted Discute o le habla a su pensamiento.

Bloque II: Cómo nuestras actividades afectan a nuestro estado de ánimo

Sesión 1 de 4

Las preguntas clave son:

- ¿Deja usted de hacer cosas porque se siente deprimido?
- ¿Usted se deprime porque deja de hacer cosas?

La respuesta más probable es que sean las dos cosas: entre menos cosas hace, más deprimido se siente y entre más deprimido se siente, menos cosas hace.

Esto se llama “Círculo vicioso”. Para romperlo, puede aumentar las actividades que lo hagan sentir mejor. A estas actividades se les puede llamar “agradables”, “placenteras”, “reforzantes”, “inspiradoras”... Nosotros les llamaremos “agradables”.

Estas actividades agradables, no tienen que ser actividades especiales aunque pueden serlo. Por actividades agradables nosotros nos referimos principalmente a las actividades ordinarias.

Algunas veces es difícil pensar en cosas que consideramos agradables, sobre todo cuando hace mucho que nos las hemos hecho. Cuando se está deprimido, es más complicado recordar las cosas agradables, por lo que para ayudar a cada miembro del grupo con su lista personal de actividades que los hacen sentir bien, usaremos la “lista de actividades agradables”.

Para la próxima semana, cada miembro va a rellenar un registro del número de esas actividades que se hagan cada día.

- Póngale una marca a cada una de las actividades que haga al día.
- Si hay alguna que no se le aplica a usted, se deja en blanco o se tacha.
- Es probable que alguna no la haya hecho alguna vez en su vida.
- Esta semana no hay que hacer nada más allá de lo que hace normalmente.
- Queremos saber el número de actividades que hace al día a lo largo de esta próxima semana.
- Al hacer esto, aprenderá algo acerca de como las actividades diarias influyen en el estado de ánimo.

Algunos obstáculos para trabajar con actividades agradables son:

- Sus pensamientos: ¿qué se dice a sí mismo mientras piensa sobre como las actividades agradables influyen en su estado de ánimo?

¿Existen cosas que se diga a sí mismo que disminuyan la probabilidad de que pueda trabajar en sus actividades?

- Gente: ¿Existe la posibilidad de que otras personas le dificulten el trabajar en actividades agradables?

De la teoría a la práctica: Al final del día, póngale una marca a cada una de las actividades de la “Lista de actividades” que ha hecho en el día. Anote el total de marcas que ha obtenido al finalizar el día. Traiga la lista la semana que viene.

Sesión 2 de 4

Más información acerca de las actividades agradables: Cómo es que las actividades agradables le pueden ayudar a controlar u estado de ánimo:

- No es suficiente con decirnos: siéntete bien.
- Muchas veces resulta más fácil cambiar las cosas que uno hace.
- Si cambias las cosas que haces, también cambiará cómo te sientes.

¿Qué son las actividades agradables?

- Son aquellas cosas que realizas que te hacen sentir contento y relajado.
- No necesitan ser actividades especiales.
- Suelen ser actividades ordinarias que nos hacen disfrutar, como ver una puesta de sol, leer un libro, ir a un parque, o hablar con un amigo.
- Estas actividades pueden ser diferentes para diferentes personas.

Para sentirnos sanos emocionalmente hablando, es importante tener un número adecuado de actividades agradables. Nuestro estado de ánimo está en buen estado cuando hay un equilibrio entre aquellas cosas que “tenemos que hacer” y aquellas cosas que “queremos hacer”.

EJERCICIO DE GRUPO: Hacer una lista de cosas agradables que se pueden hacer en su ciudad.

Es importante anticiparnos a los problemas e identificar los obstáculos que te impiden hacer actividades agradables. Para ello se puede hacer un contrato y

rellenar una hoja titulada: ¿Cuánto crees que disfrutarás de tus actividades agradables?

Ejemplo de contrato personal

Yo,, hago el siguiente contrato conmigo mismo/a:

Objetivo: Durante esta semana, haré la siguiente actividad agradable:

.....

Recompensa:

1. Si cumplo con mi objetivo me premiaré con:
2. Me daré esta recompensa no más de dos días después de haber logrado mi objetivo.

Firma y fecha:

Firma y fecha de la consecución de mi objetivo.

Firma y fecha de mi recompensa.

¿Cuánto crees que disfrutarás de tus actividades agradables?

Actividades (escoger de 3 a 6 actividades)	Predicción: ¿cuánto disfrutarás? (de 0 a 100%)	Resultado: ¿cuánto disfrutó? (de 0 a 100%)	Comentarios

Lo que se espera que aprendas con este experimento es que no necesitas esperar hasta que sientas las energías para hacer algo para hacerlo, que puedes elegir hacer algo y realmente hacerlo, que puedes disfrutar de algunas actividades que pensabas que no ibas a disfrutar y así, influir en su estado de ánimo con sus actividades.

De la teoría a la práctica: ponerle una marca a las actividades de la lista de actividades y anotar el total de marcas. Hacer el contrato personal y reflexionar sobre cuanto crees que disfrutarás de tus actividades agradables.

Sesión 3 de 4

Creación de un plan para superar la depresión:

1. Para superar la depresión:
 - Establece metas razonables.
 - Anota las cosas positivas que haces.
 - Recompénsate tanto mentalmente como en la “vida real”.
 2. Poniéndose metas.
 - Tienen que ser claras y concretas.
 - Ejemplos de metas no claras: estar menos aburrido, ser una persona feliz...
 - Ejemplos de metas claras: ir al centro una vez a la semana, leer al menos media hora al día, jugar al menos una hora con mi hija....
 3. Ponerse metas realistas.
 4. Hacer un plan para realizar tus metas:
 - Dividir las metas grandes en metas más pequeñas.
 - Asegurarse de que cada parte se puede hacer sin mucho esfuerzo.
 5. Los cambios en nuestras vidas a veces exigen cambios en nuestras metas, pues lo que antes era realista ahora puede no serlo y viceversa.
 6. Identificar los obstáculos que hay para el alcance de las metas.
 7. Manejo del tiempo: hacer una lista de las metas que te gustaría conseguir esta semana y ordenarlas en función de la prioridad que tengan.
 8. Hay tres tipos de metas: a corto plazo (próximos 6 meses), largo plazo (cosas que te gustaría hacer en algún momento de tu vida) y metas de la vida (filosofía de la vida: ¿qué es lo que más te importa en esta vida?).
- De la teoría a la práctica: realizar un plan para esta semana sobre actividades agradables y metas. Realizar lista de metas personales (corto plazo, largo plazo y metas de la vida).

Sesión 4 de 4

La depresión y el manejo saludable de la realidad

1. Vivimos en dos mundos:
 - A. El mundo objetivo, que es el que está fuera de nosotros.
 - B. El mundo subjetivo: el que está en nuestra mente.
2. Estos dos mundos son nuestra realidad. La clave para sentirse emocionalmente saludable es aprender a manejar estas dos partes de nuestra realidad.
3. Nadie tiene un control completo de estos dos mundos, pero nosotros podemos aprender a tener mayor control sobre ellos. Pero, cuando estamos deprimidos, tenemos la sensación de que no tenemos ningún tipo de control.
4. Formas de sentir que tenemos más control:
 - A. Alternativas: cuantas más alternativas tengamos, mayor libertad tendremos.
 - B. Pensar que la vida está hecha de pequeños momentos de tiempo. Tienes que llevar cuidado de no decirte a ti mismo “yo no puedo disfrutar de la vida hasta que.....”. Por ejemplo, si dices “yo no podré disfrutar de la vida hasta que no tenga depresión” podrías no estar haciendo el tipo de cosas que te pueden ayudar a dejar de estar deprimido más pronto.
5. Hacer el mundo objetivo más saludable para ti: ¿qué es lo que puedes hacer ahora?": buscar alternativas.
6. Hacer el mundo subjetivo más saludable para ti: ¿qué es lo que puedes hacer ahora?": buscar alternativas.
7. Las actividades agradables hacen que los fragmentos de tu tiempo te proporcionen mayor satisfacción, de esta manera la vida se volverá más satisfactoria. Integra las actividades agradables en tu plan de vida, ayudándote a ser emocionalmente más saludables. Cuanto mejor te sientes, más te podrás ayudar a ti mismo y a los demás.

Bloque III: Cómo los contactos con la gente afectan a nuestro estado de ánimo.

Sesión 1 de 4

Vamos a trabajar como los contactos con otras personas afectan a tu estado de ánimo.

La depresión está relacionada con los siguientes factores:

- Menos contactos con otras personas.
- Sentirse incomodo, con timidez o enfadado con otras personas.
- Ser menos asertivo, es decir, no expresar lo que a uno le agrada o le desagrada.
- Ser más sensible ante situaciones en las que nos sentimos ignorados, criticados o rechazados.

¿Es la depresión la que hace que las personas sean menos sociables, o el ser menos sociable hace que las personas se depriman? Lo más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas estén relacionados. Un ejemplo es el de la gente que emigra, pues deja atrás muchas personas queridas, lo que hace que se sientan tristes. Al sentirse así puede provocar que no hagan el esfuerzo de conocer gente nueva, y esta tristeza a largo plazo puede desarrollar una depresión. Al sentirse deprimido, se tienen menos ganas de convivir con más gente, lo que hará que se pase más tiempo solo y triste.

Es muy importante el APOYO SOCIAL. El apoyo que recibimos al estar en contacto con la gente es muy importante para nuestra salud. Estos contactos con nuestra familia y amigos crea una "red de apoyo social": Cuanto más fuerte sea el apoyo social que recibimos, mas capaces seremos de afrontar dificultades.

Principios importantes para tener en cuenta en un futuro:

- Si la red de apoyo social es muy pequeña, deberías de agrandarla.
- Si esa red es grande, valórala y mantenla sana y fuerte.

Conociendo a otras personas: La forma más fácil de conocer personas, es hacer algo que te gusta hacer pero en compañía de otras personas.

- Cuando haces algo que te gusta, es más probable que estés de buen humor mientras lo haces, y estés más amigable con los demás.
- Aunque no haya nadie a quien te apetezca conocer más en profundidad, estás haciendo una actividad placentera y no te dará la sensación de que estás perdiendo el tiempo.
- Al estar concentrado en la actividad, sentirás menos presión que la que sentirías si el único propósito fuera conocer personas.
- EJERCICIO: sitios y actividades donde se pueden conocer personas

Manteniendo sana la red de apoyo social: el contacto con los demás es muy importante, ya sea telefónico o personalmente. Los pensamientos que pueden bloquear esto son:

- “Me van a rechazar”.
- “Solo me aceptan porque son amables”
- “No querrán salir conmigo después de conocerme”.

Manteniendo buenas relaciones: la clave es ser asertivo. Esto significa ser capaz de decir las cosas positivas y negativas sin que te sientas mal.

De la teoría a la práctica: anotar los contactos con otras personas. Añadir un “+” si el contacto fue positivo y un “-“ si fue negativo.

Sesión 2 de 4

Cuando estamos con más gente es importante prestar atención a:

1. Tus pensamientos:

Pensamientos que te ayudan a estar cómodo con los demás: en vez de pensar en cómo sentirnos cómodos en una determinada situación, podemos pensar en cómo podemos ayudar a los demás para que se sientan cómodos. Se trata de cambiar la perspectiva.

Pensamientos que te impiden hacer amigos: “¿esa persona podrá ser buena amiga mía? Vs ¿Podría ser yo un buen amigo para esa persona?”

2. Tus expectativas: ¿qué es lo que se puede esperar de otras personas y qué es lo que pueden esperar los demás de mí? Si ponemos muy altas

nuestras expectativas, podemos sufrir una desilusión, pero si las ponemos muy bajas tampoco nos damos a nosotros mismos ni a los demás una buena oportunidad.

3. Tus acciones ¿qué impresión le causas a las demás personas?
¿Sonríes? ¿Mantienes contacto ocular? ¿Muestras interés en lo que dicen los demás? ¿Te quejas demasiado? ¿Aparentas estar cansado o rendido?...
4. Tus sentimientos: reconoce como te sientes y dígalo adecuadamente de forma asertiva.
5. ¿Cómo ser más asertivo?
 - Practica en tu mente: imagínate la situación, imagínate iniciando la acción, diciendo algo de forma asertiva e imagínate la respuesta que recibes.
 - Imita el estilo de otras personas que le gusten.
 - Recopila sugerencias de amigos.
 - Cuando estés listo para ser asertivo, intenta serlo todo lo que puedas en tu vida real.
 - Recuerda hacer comentarios positivos y negativos (ser asertivo) y observa lo que sucede.

De la teoría a la práctica: anotar los contactos con otras personas. Añadir un “+” si el contacto fue positivo y un “-“ si fue negativo.

Sesión 3 de 4

1. Cuando estás en contacto con otras personas, considera:
 - Tus pensamientos acerca de esas personas.
 - Lo que haces con esas personas.
 - Como te sientes al estar con otras personas.
2. ¿Encuentras que?...
 - No puedes confiar en otras personas.
 - No te sientes con ánimo de tolerar a otras personas.
 - ¿Te sientes atemorizado de las otras personas?
 - ¿Las otras personas esperan mucho de ti?
3. Tu comportamiento al estar con otras personas:

- Piensas en lo que esas personas piensan de tu apariencia.
 - ¿Cómo podrías ayudar a que otras personas se sientan cómodas contigo?
 - ¿Eres asertivo?
4. Tus sentimientos sobre otras personas:
- Antes de estar con esas personas: decide anticipadamente que te gustaría pensar cuando estés con ellas y como te gustaría comportarte con ellas.
 - Después de estar con esas personas: aprende de la experiencia y de los sentimientos que has tenido estando con esas personas.
¿Puedes definir qué fue lo que te hizo sentir bien o mal?
5. Utiliza el grupo para practicar: piensa diferente acerca de otras personas y compórtate diferente con otras personas. Pregunta cosas que normalmente te daría miedo preguntar a otras personas a los miembros de este grupo, como por ejemplo lo que piensan de ti. ¿Coinciden contigo en algo?

De la teoría a la práctica: anotar los contactos con otras personas. Añadir un “+” si el contacto fue positivo y un “-“ si fue negativo. Practica el pensar y el comportarse de una manera distinta con alguien pero fuera del grupo. Anota los problemas sobre los que les pedirías consejo al grupo.

Sesión 4 de 4

Las personas son importantes para el estado de ánimo porque nos proporcionan experiencias satisfactorias, valores, compañía... No es bueno pensar que algo está mal contigo mismo o los demás cuando las relaciones no funcionan bien, sino que hay que considerar si ambas partes desean lo mismo, si se comparten intereses o si se pueden comunicar libremente.

Las relaciones hay que cultivarlas, nada que está vivo permanece estático y siempre está cambiando. Hay que cultivar la relación una vez esta establecida, ya que no merece la pena el dolor de comenzar una relación en la que una de las partes va a tener que realizar un gran cambio por la otra persona y por tanto, que la relación no funcione.

Las relaciones te pueden ayudar a mejorar tu vida, pues el ambiente social te puede ayudar a ser lo que aspiras como persona.

Recuerda practicar la asertividad: ¿hay cosas que quisieras decir o preguntar al resto del grupo? ¿Hay cosas que te gustaría que los miembros del grupo te dijeran a ti? ¿Hay cosas que te gustaría que te dijeran una opinión verdadera por parte del grupo y que te de vergüenza preguntar en otro sitio?

