

Psicoterapia Grupal realizada por Enfermería para Pacientes con Trastorno Depresivo en Atención Primaria



TRABAJO DE FIN DE
GRADO

Marta Hervás Hidalgo

Leioa, 13 de mayo de 2014

UNIVERSIDAD DEL
PAIS VASCO



ESCUELA DE
ENFERMERÍA DE LEIOA



PSICOTERAPIA GRUPAL REALIZADA POR ENFERMERÍA **PARA PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO EN** **ATENCIÓN PRIMARIA**

RESUMEN

La depresión es un trastorno mental habitual, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes, ya que afecta a 340 millones de personas en el mundo; y es uno de los trastornos que más problemas de discapacidad genera.

La prevalencia de la depresión en el ámbito de Atención Primaria (AP) es alta, por lo que es importante hacer un buen abordaje terapéutico desde esta área. El tratamiento habitual para este tipo de pacientes es la farmacoterapia, sin embargo, diversos estudios señalan que junto con la psicoterapia se obtiene mejores resultados. Además, la realización de técnicas psicoterapéuticas por personal de enfermería previamente formado, como es la Enfermera de Salud Mental, ha demostrado ser eficaz, pero a pesar de ello, en los centros de AP no existe la figura de Enfermera de Salud Mental.

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa psicoeducativo grupal realizado en un centro de AP por una Enfermera de Salud Mental en el tratamiento de pacientes con sintomatología depresiva, como complemento del tratamiento estándar aplicado por el Médico de AP.

Metodología: Ensayo clínico aleatorizado con un grupo control que recibirá el tratamiento estándar, y un grupo experimental que recibirá además la intervención psicoeducativa.

La población a estudio serán los pacientes con sintomatología depresiva pertenecientes a los Centros de Salud de Repélega y Castaños de Portugalete y la selección de la muestra se realizará con un muestreo no probabilístico consecutivo con un periodo de reclutamiento.

Se compararán los resultados en cada grupo, tras la recogida de datos mediante el cuestionario de Salud SF-36 y el Inventario de depresión de Beck.

PALABRAS CLAVES:

Trastorno depresivo, Atención Primaria de Salud, Psicoterapia grupal, Atención de Enfermería.

INDICE

INTRODUCCION – JUSTIFICACION	1
HIPOTESIS Y OBJETIVOS	7
METODOLOGIA.....	8
Diseño de la investigacion.....	8
Sujetos a estudio.....	8
Tamaño muestral	8
Variables del estudio	9
Recogida y analisis de datos.....	11
Aspectos éticos	12
Limitaciones del estudio	13
PLAN DE TRABAJO DESARROLLO DEL PROYECTO	15
Cronograma	15
Personal implicado en el proyecto y funciones	16
Recursos y materiales necesarios.....	17
BENEFICIOS E INNOVACIONES ESPERADOS DEL PROYECTO	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXO 1	23
ANEXO 2.....	26
ANEXO 3.....	30
ANEXO 4.....	34

INTRODUCCION – JUSTIFICACION

La depresión o trastorno depresivo, podemos definirlo como un síndrome que agrupa síntomas somáticos psíquicos, alrededor de un núcleo central en el que se encuentra la tristeza patológica (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerado un trastorno mental habitual, que puede presentarse con síntomas como tristeza, falta de autoestima, apetito y concentración, pérdida de interés, trastornos del sueño o sensación de cansancio (2). El DSM IV, a su vez, engloba la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, como aquellos cuya característica principal es la alteración del humor (3). Asimismo, hay que señalar que se trata de una enfermedad con un curso prolongado y con un índice de recaídas importante (3).

Los trastornos mentales son habituales, así lo señala el estudio ESEMeD que evalúa la prevalencia de los trastornos mentales y los factores asociados a éstos durante el año 2006. Este estudio muestra que en los países occidentales participantes, una de cada cuatro personas presentaba criterios diagnósticos de un trastorno mental en los últimos doce meses, y cerca del 40% podría llegar a tener algún trastorno mental a lo largo de la vida. A su vez, los datos de este estudio en España señalan que una de cada cinco personas ha padecido un trastorno mental en algún momento y que el 8,5% lo ha presentado durante el periodo de estudio (4).

Además, otro estudio realizado a nivel estatal demuestra que los trastornos mentales causan un gran impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad funcional (5).

Por otro lado, centrándonos ya en la depresión, podemos decir que se sitúa entre los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia, ya que afecta, aproximadamente, a 340 millones de personas en el mundo (6). En Europa, en el año 2004 afectaba a 21 millones de personas (5).

Hoy en día, la depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes y que más problemas de discapacidad genera. La OMS estima, asimismo, que para 2030 la depresión se situará entre las 3 principales causas de discapacidad en el mundo (5).

Siguiendo con datos epidemiológicos, a nivel internacional los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos depresivos se sitúan en un 3,9% y 10,5% respectivamente (4). En España, con cifras similares, la prevalencia-año para la depresión se sitúa en un 4% y un 10,5% la prevalencia-vida (4). A nivel nacional, cabe destacar, que la prevalencia en mujeres es más del doble que en hombres, siendo 14,47% para ellas y 6,29% para ellos. Además, es el trastorno mental más habitual y se encuentra como la segunda causa de incapacidad laboral transitoria en nuestro país (7).

Es preciso señalar que la depresión tiene un impacto económico importante (8), suponiendo en España un coste anual de 5.005 millones de euros. Este coste asciende a los 118 billones de euros en toda Europa (7).

Basándonos en las anteriores cifras de prevalencia, las consecuencias que supone sobre la sociedad y el coste económico que representa (7), se debe considerar la depresión como un importante problema de salud pública a afrontar.

Por tanto, la depresión como problema importante de salud pública necesita un adecuado diagnóstico y tratamiento, y teniendo en cuenta que un 60% de las personas con depresión buscan ayuda en Atención Primaria (AP), (5) es preciso que desde ahí se haga un buen abordaje del diagnóstico y tratamiento para mejorar la salud de estas personas.

En este ámbito de AP, la prevalencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo la depresión, oscila entre un 22 y un 29%, suponiendo aproximadamente una de cada cuatro consultas que atienden los Médicos de Atención Primaria (MAP) (9). Del mismo modo las consultas de enfermería también son muy frecuentadas por este tipo de pacientes, por lo que es necesario indicar que es fundamental la participación enfermera en el proceso de salud del paciente, la valoración de la adhesión al tratamiento y en el apoyo psicológico (10).

A pesar del alto porcentaje de prevalencia, los MAP solo detectan la mitad de los casos debido a las dificultades existentes a la hora del diagnóstico de la depresión. Diversos médicos comentan tener dificultades para la identificación y evaluación de este trastorno (9). Entre estas dificultades encontramos el escaso

tiempo de las consultas, en parte debido a una sobrecarga asistencial. Los MAP atienden aproximadamente a 35 pacientes por día lo que supone un tiempo de consulta inferior a los 10 minutos, situando a España en el segundo lugar Europeo donde menos duran las consultas de AP (5,7).

Este problema da lugar también a la búsqueda de una solución rápida, lo que favorece la farmacoterapia frente a fomentar otras técnicas psicoterapéuticas que, además de requerir más tiempo, precisan una actitud activa del paciente. Por esto el uso de los antidepresivos es cada vez mayor. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2005 el gasto en antidepresivos fue 6 veces más que en 1994, siendo superior a los 600 millones de euros (11).

Así pues, hoy en día la farmacoterapia es el tratamiento más frecuente en la depresión (12). Se trata de un tratamiento eficaz pero a su vez, en algunos casos, tiene desventajas, ya que puede tener efectos secundarios no deseados, existe un riesgo de dependencia y además a largo plazo hay una baja adherencia al tratamiento (13).

Además del tratamiento farmacológico, en el tratamiento de la depresión es necesario considerar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta no sólo los componentes psiquiátricos sino también los aspectos psicológicos y sociales de su problema de salud. Para ello, la enfermería es una pieza clave, y se encarga de prestar el apoyo para el autocuidado, de fortalecer las capacidades de la persona, así como de proporcionar una continuidad asistencial (14,15).

Por ello, si nos centramos en terapias psicoterapéuticas que pueden ser llevadas a cabo por el personal enfermero, cuya eficacia ha sido evaluada en múltiples estudios durante los últimos años, podemos pensar que la combinación con la farmacoterapia podría mejorar los resultados terapéuticos de este tipo de pacientes.

Según diversos estudios, la psicoterapia tiene mejores resultados a largo plazo que la farmacoterapia, ya que tiene una menor tasa de abandonos y a la vez resulta eficaz (5, 12, 13). Asimismo, es el tratamiento preferido por los pacientes de AP (5) y resulta atractivo para las personas mayores debido a que evita las interacciones adversas con otros fármacos (16). Un meta-análisis realizado en el 2009 evaluó la eficacia de la combinación de ambos tratamientos, llegando a la

conclusión de que el tratamiento conjunto obtiene mejores resultados que ambos tratamientos por separado (17).

Además, este tipo de técnicas realizadas por enfermería resultan eficaces, como lo demuestran estudios que se citan más adelante, por lo que se podría incrementar su uso en AP suponiendo una ventaja para el tratamiento de la depresión en este ámbito (16).

Un estudio realizado en Barcelona, evaluó la eficacia de los grupos psicoeducativos impartidos por enfermeras para pacientes con síntomas ansioso-depresivos, cuyo resultado fue una disminución de la sintomatología y de la frecuencia de las consultas tanto médicas como enfermeras (18). Asimismo un estudio llevado a cabo en los centros de AP de Tarragona (Cataluña), analizó la efectividad de una técnica cognitiva realizada por enfermería para la disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares de personas dependientes obteniendo como resultado una mejora en el grupo intervención de los síntomas de depresión y ansiedad. Esto, nos indica que la formación de enfermería en el conocimiento de técnicas cognitivas puede considerarse un instrumento útil para proporcionar respuestas de cuidados complicados que se presentan habitualmente en el contexto de AP (19).

Igualmente, en Reino Unido se llevó a cabo un estudio que señala las terapias cognitivo-conductuales como tratamiento de elección para la depresión leve a moderada, y además demuestra la efectividad de una intervención psicoeducativa para el manejo de la depresión realizada por enfermeras previamente formadas. Esta intervención consistía en diversas sesiones educativas, la primera de forma presencial y el resto a través de llamadas telefónicas (20).

En Australia, un estudio que evaluó los costes en salud aplicando una alta implicación enfermera frente a una baja implicación, indicó que la inclusión de la atención enfermera en el manejo de casos de depresión fue eficaz y rentable, pero para ello, es imprescindible que éstas, tengan una formación adecuada en salud mental. Además instan a continuar investigando en el rol de enfermería de salud mental dentro de la AP (21).

Basándonos en lo comentado previamente, podemos considerar a la enfermería en la atención primaria como un punto importante en el sostenimiento, el adiestramiento sanitario, la relación terapéutica y el tratamiento de los pacientes con depresión. Es por ello por lo que se ha desarrollado un rol de enfermería necesario en la prevención y promoción de la salud mental en este ámbito, con la creación de grupos psicoeducativos (10,18).

Además, es importante indicar que la depresión debe ser tratada en AP como una enfermedad crónica, debido a su curso prolongado y el riesgo de recaídas que presenta. A pesar de ser uno de los trastornos crónicos más frecuentes (22), actualmente no existe un modelo de atención a enfermedades crónicas dirigido al manejo de la depresión.

La OMS en su Foro Mundial a favor de la Salud Mental Comunitaria (Ginebra, 30-31 de mayo de 2007) indicó que “el reto para los países de ingresos bajos es utilizar la atención primaria de salud, aprovechando recursos de bajo coste localmente disponibles, para poder prestar una atención adecuada a quienes presentan trastornos mentales” (23). Asimismo, la OMS en otro informe señala también la necesidad de fomentar la intervención de Enfermería en el manejo de la depresión, como cuidadores del paciente depresivo incluyendo pautas para potenciar el cumplimiento del tratamiento, la psicoeducación o educación sanitaria, la relación de ayuda, el seguimiento clínico y la elaboración del plan de cuidados. Por otra parte, se indica, que el personal de enfermería debe adquirir un papel activo en la creación de políticas sanitarias para el desarrollo de la prevención, promoción e intervención en Salud Mental en el ámbito de la AP (24,25).

Por todo esto, sería importante la presencia de la Enfermera especialista en Salud Mental en los centros de AP, ya que éstas están dotadas de conocimientos, habilidades y capacidades para dar respuesta a esta necesidad. Sin embargo, a pesar de ello, actualmente en los centros de AP del País Vasco, más concretamente en los pertenecientes a Comarca Ezkerraldea, no existe la figura de la Enfermera de Salud Mental, ni se lleva a cabo ninguna terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de este tipo de pacientes.

Así, teniendo en cuenta los apartados anteriores y las evidencias expuestas, en este proyecto se propone llevar a cabo un programa psicoeducativo grupal,

realizado por enfermería, dirigido a pacientes con síntomas depresivos y/o trastorno depresivo leve/moderado. Este programa es impartido por una Enfermera de Salud Mental en el ámbito de AP, como intervención complementaria al tratamiento ofrecido por los MAP, con el fin de suplir las posibles carencias por la falta de tiempo, optimizar el uso de los fármacos, así como para ampliar el abordaje terapéutico, favoreciendo la recuperación del paciente y su calidad de vida.

HIPOTESIS Y OBJETIVOS

HIPOTESIS:

Se espera que un programa psicoeducativo grupal impartido por una Enfermera de Salud Mental realizado en pacientes con sintomatología depresiva y/o trastorno depresivo leve/ moderado, pertenecientes a los Centros de Salud de Repélega y Castaños del municipio de Portugalete, mejore la percepción sobre la calidad de vida relacionada con la salud (medida con el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud) y disminuya la sintomatología depresiva (medida con el Inventario de Beck) de esta población.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la efectividad de un programa psicoeducativo grupal realizado en un centro de AP por una Enfermera de Salud Mental en el tratamiento de pacientes con sintomatología depresiva y/o trastorno depresivo leve/moderado, como complemento del tratamiento estándar aplicado por el MAP.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el cambio producido a la finalización de la investigación entre el grupo de intervención y el grupo control en cuanto a calidad de vida relacionada con salud, según el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud.
- Determinar el cambio producido a la finalización de la investigación entre el grupo de intervención y el grupo control en cuanto a sintomatología depresiva, según el Inventario de Beck.

METODOLOGIA

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se trata de un estudio experimental, más concretamente, un ensayo clínico aleatorizado con evaluador ciego, formado por un grupo control que recibirá el tratamiento habitual del MAP, y un grupo experimental que recibirá, además, las sesiones del programa psicoeducativo grupal impartido por la Enfermera de Salud Mental durante 3 meses.

SUJETOS A ESTUDIO

La población diana de la intervención está formada por los pacientes con sintomatología depresiva y/o trastorno depresivo leve/moderado pertenecientes a los Centros de Salud de Repélega y Castaños de Portugalete, englobados dentro de la comarca Ezkerraldea, que acudan a la consulta de AP cumpliendo estos criterios:

Criterios de Inclusión:

- Puntuación del Inventario de Depresión de Beck-II entre 14 y 28, constituyendo una depresión leve o moderada.
- Edad, entre 20 y 65 años.
- Aceptación voluntaria para tomar parte en el estudio, firmando el Consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión:

- Padecer otro trastorno psicopatológico o una enfermedad orgánica grave.
- Tener dificultades de comprensión y expresión del idioma.

TAMAÑO MUESTRAL

Se ha estimado un tamaño muestral de 53 sujetos por rama (grupo intervención y control), asumiendo un nivel de confianza del 95% y un poder estadístico del

90%, para detectar una diferencia mínima de 5 puntos en el resultado del Cuestionario SF-36, variable principal del estudio, siendo la varianza de esta variable 53,90 (26). Se ha realizado el ajuste considerando unas posibles pérdidas del 15%.

La hipótesis se asume bilateral, es decir, cualquiera de los dos parámetros a comparar puede ser mayor o menor que el otro.

Los participantes en el estudio serán seleccionados mediante un muestreo no probabilístico consecutivo con un periodo de reclutamiento, en el que se elegirán a aquellos sujetos que acudan a la consulta de enfermería con diagnóstico médico de depresión o con sintomatología depresiva y que cumplan los criterios de inclusión.

Asimismo, a medida que se vayan seleccionando los sujetos, se les informará del estudio y se les solicitará su consentimiento informado. Una vez tengamos los consentimientos informados, los pacientes serán incluidos en el grupo de intervención o en el de control siguiendo un proceso aleatorio que consiste en un sistema de bolas compuesto por 53 bolas rojas y 53 bolas negras depositadas en un recipiente opaco. Se extraerá una bola, la cual determinará si el paciente pertenece al grupo control (rojas) o al grupo experimental (negras).

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable Independiente

Programa grupal basado en el protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en AP realizado por profesionales del Instituto Catalán de Salud (27).

La intervención constará de 12 sesiones dirigidas por una Enfermera de Salud Mental. Las sesiones se impartirán con una frecuencia semanal y con una duración de 90 minutos cada una, aplicándose a grupos cerrados de un máximo de 15 personas.

En cada sesión se repartirá un folleto informativo sobre lo que se va a tratar durante la sesión. Los objetivos y actividades de cada una de las sesiones se describen en el programa. (Anexo 1)

La intervención a realizar se lleva a cabo en tres fases:

- *1ª FASE:* tiene como objetivo aumentar los conocimientos del paciente sobre su enfermedad y concienciarle sobre su situación actual, para lo cual se trabajaran métodos de autoayuda.
- *2ª FASE:* su objetivo es que el paciente adquiera un estilo de vida saludable y conductas que favorezcan su salud.
- *3ª FASE:* el objetivo de esta última fase es analizar las estrategias para actuar ante situaciones críticas, para lo que se trabajarán diferentes técnicas cognitivo-conductuales y de relajación-respiración.

Asimismo, cada sesión se desarrolla en cuatro partes. En la primera se explican los objetivos y se lleva a cabo la educación sanitaria; en la segunda se desarrollan dinámicas grupales; la tercera consiste en un debate en el cual se expresan sentimientos, opiniones o dudas relacionadas con los temas tratados; y por último la cuarta parte consiste en la realización en casa de una serie de tareas.

Variables dependientes

- *Puntuación obtenida en el Cuestionario SF.36 sobre el estado de salud.*
(Anexo 2)

Se trata de una escala auto aplicada que mide el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, tanto física como mental. Consta de 36 ítems, con opciones de respuesta entre 2 y 6, que evalúan 8 dimensiones de salud: funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Es una escala con recorrido del 0 al 100, siendo 0 el peor estado de salud y 100 el mejor.
(28)

- *Puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck-II (adaptación española Sanz y cols.2011). (Anexo 3)*

Se trata de una escala auto aplicada que mide la presencia y la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Consta de 21 ítems indicativos de los síntomas correspondientes con los criterios de diagnóstico del DSM-IV y el CIE-10. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación máxima del test 63. Tiene establecidos unos puntos de corte que definen diferentes categorías o grados de gravedad de la depresión: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. (29)

Variables de ajuste

Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral actual.

RECOGIDA Y ANALISIS DE DATOS

Una vez seleccionada la muestra para ambos grupos de manera aleatoria, se pasarán los cuestionarios (Inventario de depresión de Beck y Cuestionario SF-36) a todos los participantes una semana antes de comenzar la intervención (M1). Estos cuestionarios se realizarán también una semana (M2) y seis meses (M3) después de la intervención para comparar los resultados obtenidos pre y post-intervención.¹ Del mismo modo, se hará una comparación de los datos conseguidos en los pacientes que hayan recibido la intervención con los datos de los pacientes pertenecientes al grupo control.

La enfermera encargada de la recolección de datos será diferente a la que lleve el programa grupal con el objetivo de que no interfiera en los resultados.

En cuanto al análisis estadístico, será realizado por un evaluador ciego que, en el momento del análisis, desconozca si los datos pertenecen al grupo experimental o al grupo control. Se llevará a cabo con el paquete estadístico SPSS Statistics 17.0 y se basará en:

¹ M1, M2 y M3 corresponden a los momentos de las mediciones.

- Análisis descriptivo de todas las variables a estudio. Para las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y para las variables categóricas se empleará una distribución de frecuencias con sus intervalos de confianza (95%).
- Comparación de la media de las diferencias (puntuación Beck y SF-36) en el grupo experimental entre los momentos M1-M2 y M2-M3, mediante la T de Student para datos apareados, y la prueba no paramétrica de Wilcoxon si no se cumplieran los criterios de normalidad estadística.
- Comparación de la media de las diferencias (puntuación Beck y SF-36) entre el grupo experimental y el grupo control en M1, M2 y M3 con la prueba T de Student para datos independientes o la prueba no paramétrica de U-Mann-Whitney en caso necesario.

Asimismo, se analizará también el número de abandonos de ambos grupos y el motivo de dichos abandonos.

ASPECTOS ÉTICOS

En primer lugar, se pondrá en conocimiento de la Dirección gerente de Comarca Ezkerraldea la realización del estudio y se solicitará el permiso al Comité de Ética.

Teniendo en cuenta el principio de autonomía de los participantes, se entregará el Consentimiento Informado (Anexo 4) con el objetivo de que los sujetos decidan de forma voluntaria su participación o no en el estudio. Asimismo a los participantes se les explicará verbalmente los objetivos del estudio y en qué consistirá éste.

Siguiendo con el principio de Justicia, los sujetos serán seleccionados según los criterios de selección señalados anteriormente, exponiendo que ni los sujetos que decidan participar van a tener un trato de favor, ni los que se nieguen a participar o abandonen serán perjudicados por ello.

Según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal (LOPD), todos los sujetos participantes en el estudio tendrán una garantía de confidencialidad.

Además, es importante resaltar que el estudio es independiente del tratamiento habitual de los sujetos participantes y que éstos pueden abandonar voluntariamente el ensayo en el momento que lo deseen.

Por último, en caso de confirmarse la efectividad del programa, una vez concluido el estudio se brindará a los sujetos del grupo control la posibilidad de beneficiarse de la intervención ofrecida a los participantes del grupo experimental.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones que nos encontramos es el hecho de que los participantes del grupo experimental sepan que reciben una intervención diferente, que puede resultar beneficioso desde el punto de vista psicológico influyendo en los resultados, pero por el contrario el grupo control puede reaccionar negativamente si piensa que existe un grupo de favorecidos por recibir una intervención adicional.

Asimismo, podemos encontrarnos un sesgo de aprendizaje al aplicar el mismo instrumento de medida en varias ocasiones, pudiendo interferir en los resultados. Esta limitación se puede minimizar con un periodo de 6 meses entre una medición y otra.

Podemos encontrarnos también un posible sesgo en la comparación de resultados debido a que los sujetos pueden estar expuestos a situaciones personales difíciles de evaluar durante la investigación.

Otro sesgo que puede aparecer es el de “deseabilidad social”, que se presenta cuando los sujetos responden en base a lo que se considera socialmente aceptable. No obstante, este sesgo podría presentarse tanto en la evaluación previa a la intervención como en las posteriores y lo que se va a evaluar en el estudio es la diferencia entre las evaluaciones.

Por otro lado, puede presentarse también un Efecto Hawthorne, es decir, los participantes conocen la hipótesis del estudio por lo que puede ser que los sujetos pertenecientes al grupo experimental pongan mayor interés en la investigación.

Por último, la falta de colaboración, compromiso o motivación puede ser una limitación, pudiendo ocasionar abandonos antes de la finalización del estudio, pero para ello ya se ha ajustado el tamaño muestral a estas pérdidas.

PLAN DE TRABAJO DESARROLLO DEL PROYECTO

CRONOGRAMA

La duración total de la investigación será de 27 meses, con inicio en Septiembre de 2014 y fin en Noviembre de 2016, repartidos en cuatro etapas:

Primera etapa: Preparación del trabajo (12 meses)

- Actualización bibliográfica.
- Reunión con la Dirección gerente de la Comarca Ezkerraldea y con el Comité de Ética para solicitar los permisos necesarios.
- Reunión con los jefes de servicio de los centros de salud para darles toda la información acerca de la intervención a realizar (objetivos, contenido y finalidad).
- Reunión con los profesionales de cada centro responsables de realizar la intervención proporcionándoles la formación necesaria para su puesta en marcha.
- Captación de los posibles candidatos a estudio y entrega de los consentimientos informados, mediante una fase de reclutamiento.
- Aleatorización de los sujetos en cuanto a grupo experimental/grupo control.
- Diseño y preparación de un cronograma de intervención.
- Construcción de una base de datos para la introducción de los datos obtenidos.

Segunda etapa: Desarrollo de la intervención (4 meses) y sesiones de seguimiento (6 meses)

- Se entregarán los cuestionarios SF-36 y el Inventario de Depresión de Beck al grupo experimental y al grupo control por parte de la enfermera de referencia de los centros de atención primaria.
- Se inicia la intervención (12 sesiones semanales).
- Recogida de datos de las sesiones de seguimiento.

Tercera etapa: Análisis de datos y elaboración de resultados (5 meses)

- Análisis de los datos obtenidos.
- Verificación de los resultados.

- Puesta en contacto con los sujetos que hayan abandonado la intervención antes de finalizar para conocer y analizar los motivos del abandono.
- Elaboración de discusiones y búsqueda bibliográfica para ello.
- Redacción de las conclusiones de la investigación.

Cuarta etapa: Divulgación de resultados

- Presentación de artículos en español y en inglés para su publicación en revistas y su difusión en conferencias científicas.

PERSONAL IMPLICADO EN EL PROYECTO Y FUNCIONES

Enfermera especialista en Salud Mental responsable del estudio

Llevará a cabo el estudio teniendo en cuenta los planes de trabajo descritos en el proyecto. Realizará la intervención psicoeducativa, siendo la terapeuta responsable del grupo. Asimismo, analizará los datos resultantes para redactar el proyecto y sus conclusiones.

Enfermeras de los Centros de Atención Primaria

Son las responsables de proporcionar toda la información posible de cada sujeto incluido en el estudio, así como de realizar las visitas de seguimiento. Se encargarán de realizar los cuestionarios y seguirán con los controles habituales de enfermería de los pacientes una vez finalizado el grupo de intervención.

Estadístico o Evaluador

Será el encargado de llevar a cabo el análisis de datos. Se trata de un evaluador ciego que desconoce a qué grupo pertenecen los datos a analizar.

Médicos de Atención Primaria

Proporcionarán toda la información posible sobre los sujetos incluidos en el estudio y llevarán a cabo los mismos controles que hasta el momento recibían los pacientes participantes en la intervención.

RECURSOS Y MATERIALES NECESARIOS

Material inventariable: se necesitará un ordenador con acceso a internet, impresora, el programa estadístico SPSS para guardar y analizar los datos obtenidos; e impresora y pen drives para intercambiar la información entre el equipo investigador.

Material fungible: será necesario material de oficina como bolígrafos, folios, lápices, agendas, carpetas, grapadora, CDs, etc.

Material de infraestructura física: una sala para realizar la intervención con 20 sillas con respaldo, un proyector y pantalla, una pizarra y los rotuladores necesarios. Además, será imprescindible tener acceso a una fotocopiadora para realizar las fotocopias necesarias para el grupo.

Viajes y dietas: se precisarán billetes de transporte para los desplazamientos necesarios durante el periodo de trabajo, así como las dietas para los viajes necesarios para la divulgación de los resultados.

Apoyos Externos: es necesario el apoyo de un experto del programa de datos estadístico SPSS para llevar a cabo la base de datos y el análisis de éstos. Asimismo, para poder realizar la difusión de los resultados a foros internacionales se requerirá una traducción del texto por parte de un traductor profesional.

BENEFICIOS E INNOVACIONES ESPERADOS DEL PROYECTO

La aplicación práctica principal de esta investigación es la que orientaría a la efectividad de las terapias no farmacológicas impartidas por enfermeras como alternativa ofertable al paciente en el tratamiento de una de las patologías más prevalentes en AP, como es la depresión, produciendo beneficios como la mejora de la calidad de vida y la reducción de la sintomatología depresiva. Demostraría que unos procedimientos concretos de entrenamiento de habilidades cognitivo conductuales, realizados por un profesional formado como es la Enfermera de Salud Mental, son efectivos.

En caso de obtener unos resultados significativos que demuestren la eficacia del programa psicoeducativo, la implantación del mismo permitiría aumentar los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad y sus manifestaciones, prestándoles de habilidades y recursos de afrontamiento, ayudando en la detección de signos de recaída y colaborando en la adhesión a la medicación, teniendo como consecuencia un aumento de la calidad de vida, una mejora de la sintomatología y por lo tanto, una reducción del consumo de psicofármacos.

Por otra parte, apoyaría la implantación de la figura de la enfermera especialista en salud mental en el primer nivel de atención, que hasta ahora está ausente en estos centros de AP, para complementar la intervención de los MAP y mejorar la calidad asistencial en este tipo de trastornos.

Asimismo, fomentaría la presencia de la enfermería en los grupos de intervención, impulsando una de las funciones más importantes de la enfermera, como es la de la promoción y prevención de la salud y su participación en los grupos educativos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones. Diagnóstico precoz y tratamiento de las depresiones. Barcelona: ESPAXS S.A; 1992.
- 2) Who.int; Depresión [sede web]. Octubre 2012, Organización Mundial de la Salud [Acceso el 25 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- 3) López-Ibor Aliño, J. J., & Valdés Miyar IV, M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson ISBN, 215343289. 2002.
- 4) Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina clínica. 2006; 126(12), 445-451.
- 5) Vindel, A. C., Salguero, J. M., Maewood, C., Collado, E. D., & Latorre, J. M. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos. 2012; 33(1), 2-11.
- 6) 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.
- 7) Lilly, S. A. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. Actas Esp Psiquiatr. 2009; 37(1), 49-53.
- 8) Sicras-Mainar, A., Mauriño, J., Cordero, L., Blanca-Tamayo, M., & Navarro-Artieda, R. Costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Atención Primaria. 2012; 44(11), 667-675.

- 9) Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C., & Cano Vindel, A. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2012; 5(1), 37-45.
- 10) 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.
- 11) Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06.
- 12) Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Usall, J., Dolz, M., & Haro, J. M. Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007; 35(2), 21-28.
- 13) Schreuders, B., van Marwijk, H., Smit, J., Rijmen, F., Stalman, W., & van Oppen, P. Primary care patients with mental health problems: outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of General Practice*. 2007; 57(544), 886.
- 14) Balagué Gea, L., Calderón Gómez, C., Retolaza Balsategui, A., Bacigalupe de la Hera, A., Payo Gordon, J; Mosquera Metcalfe, I. Los "otros profesionales" en la atención a personas con depresión: psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. *Index de Enfermeria [Index Enferm]* (edición digital) 2013; 22(12). Disponible en <http://www.indexf.com/indexenfermeria/v22n12/8008.php>.
- 15) López-Cortacans, G., Badia Rafecas, W., Caballero Alías, A., Casaus Samatán, P., Piñol Moreso, J. L., & Aragones, E. Efectividad de un

programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión que potencia el rol enfermero en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*. 2012; 15(2), 28-32.

- 16) Williams Jr, J. W., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2000; 284(12), 1519-1526.
- 17) Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. and Andersson, G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress. Anxiety*. 2009; 26: 279–288. doi: 10.1002/da.20519.
- 18) Casañas Sánchez, R., Raya Tena, A., Ibáñez Pérez, L., & Valls Colomer, M. M. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. *Atención Primaria*. 2009; 41(4).
- 19) Ferré-Grau, C., Sevilla-Casado, M., Boqué-Cavallé, M., Aparicio-Casals, M. R., Valdivieso-López, A., & Lleixá-Fortuño, M. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Atención Primaria*. 2012; 44(12), 695-701.
- 20) Ekers, D., & Wilson, R. Depression case management by practice nurses in primary care: an audit. *Mental health in family medicine*. 2008; 5(2), 111.
- 21) Gray, J., Afzali, H. H. A., Beilby, J., Holton, C., Banham, D., & Karnon, J. Practice nurse involvement in primary care depression management: an observational cost-effectiveness analysis. *BMC family practice*. 2014; 15(1), 10.
- 22) Instituto Nacional de Estadística [sede web]. España; 2010 [acceso el día 20 de febrero de 2014]. Encuesta Europea de Salud en España. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np631.pdf>.

- 23) Who.int; Foro mundial en pro de la salud mental comunitaria [sede web] Ginebra 2007; Organización Mundial de la Salud [Acceso el 20 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/es/>
- 24) Aragonés Benaiges, E., López Cortacans, G., Badía Rafecas, W., Piñol Moreso, J. L., Hernández Anguera, J. M., & Caballero Alías, A. Abordaje psicoeducativo de la depresión en atención primaria. El modelo INDI. *Metas de Enfermería*. 2011; 14(4), 62-67.
- 25) World Health Organization. Atlas: Nurses in Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2007.
- 26) Hafslund, B., Espehaug, B. and Nortvedt, M. W. (2012), Health-related quality of life, anxiety and depression related to mammography screening in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 3223–3234. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04244.x
- 27) Grupo de trabajo del Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en atención primaria. PI07/90712.
- 28) Benítez Moreno, J. Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. *Medicina de Familia-SEMERGEN*. 2009; 35(Supl. 1), 50-56.
- 29) Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del “Inventario de Depresión de Beck-II”(BDI-II). Manuscrito bajo revisión editorial. 2013.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL²

Sesiones	Objetivos	Contenido
1	<p>Toma de contacto con el grupo.</p> <p>Aprendizaje de una técnica de respiración.</p>	<p><u>Toma de contacto</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación de los profesionales y miembros del grupo. ▪ Explicación de las normas del grupo. ▪ Explicación de la metodología de la intervención y las ventajas de ésta. ▪ Explicación de la técnica de respiración.
2	<p>Facilitar una nueva visión del estado depresivo.</p> <p>Identificar los comportamientos de evitación.</p>	<p><u>Activación Conductual I</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué es la depresión? ▪ Educación e identificación de los síntomas de la depresión, y aprendizaje de como interfieren en las actividades de la vida diaria. ▪ Aprendizaje de conductas de evitación. ▪ ¿Qué hacíamos antes y ahora no hacemos?
3	<p>Iniciar la parte dos de la Activación Conductual</p>	<p><u>Activación Conductual II</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afrontamiento alternativo del estado depresivo. Hacer “como si...”.
4	<p>Toma de conciencia de la importancia del autocuidado.</p>	<p><u>Como cuidarse para avanzar I</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conceptos básicos de una alimentación equilibrada como herramienta básica de la salud y el bienestar. ▪ El hábito del sueño.

² Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en Atención Primaria.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes del grupo. Profundizar en la importancia de la adhesión adecuada al tratamiento.
5 y 6	<p>Ayudar a los pacientes a identificar los problemas o conflictos como causa de su malestar psicológico.</p> <p>Enseñarles a reconocer los recursos que tienen para hacerlo frente.</p> <p>Recomendarles un método para afrontar futuras dificultades.</p>	<p><u>Técnicas de resolución de problemas I y II.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución de problemas. Ejemplos expuestos durante las sesiones.
7	<p>Toma de conciencia de la importancia de la autoimagen.</p> <p>Mejorar la autoimagen, la autoconfianza y la sensación y de bienestar y calidad de vida.</p>	<p><u>Autoimagen y Autoestima</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autocura ▪ Autoimagen ▪ Autoestima
8	<p>Conocer y hacer uso de estrategias de buena comunicación que faciliten la asertividad.</p>	<p><u>Asertividad</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saber identificar el estilo de comunicación asertivo. ▪ Saber reaccionar positivamente y actuar constructivamente en las situaciones de desacuerdo. ▪ Relacionarse efectivamente con

9	<p>Toma de conciencia del uso del tiempo.</p> <p>Generar alternativas de actividades potencialmente generadoras de satisfacción.</p>	<p>otras personas.</p> <p><u>Como cuidarse para avanzar II</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicio físico ▪ Gestión del tiempo ▪ Actividades diarias
10 y 11	<p>Aprender estrategias cognitivas que ayuden a los participantes del grupo a identificar los pensamientos negativos irracionales de los episodios depresivos.</p>	<p><u>Pensamientos Positivos I y II</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar conocimientos de las diversas técnicas para identificar los pensamientos irracionales y elaborar pensamientos más adaptativos. ▪ Conocer como son los pensamientos negativos e irracionales. ▪ Ayudar a cambiar afirmaciones irracionales por afirmaciones racionales. ▪ Clasificar los pensamientos, así como sus consecuencias. ▪ Aprender a identificar aspectos y pensamientos positivos.
12	<p>Despedida del grupo y evaluación de los beneficios terapéuticos grupales e individuales.</p>	<p><u>Despedida</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Despedida del grupo ▪ Retroalimentación entre pacientes y enfermeras/os. ▪ Evaluación postest.

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

1) En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19) Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado
5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
5 Nunca

31) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

34) Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

35) Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

Asignación de la puntuación:

Transforma la puntuación a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, las puntuaciones de ítems de una misma dimensión se promedian para crear las puntuaciones de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

1.

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Programa grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada

Yo....., mayor de edad, con DNI número, manifiesto que he recibido, comprendido y aceptado toda la información sobre el estudio experimental que se realizará en el centro de Atención Primaria Castaños/Repélega.

Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria y comprendo que puedo retirarme del mismo cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en los cuidados proporcionados.

Los datos personales tendrán un carácter confidencial y no podrán ser publicados en ningún caso, salvo petición explícita del paciente.

Con todo lo anterior, habiendo comprendido la información recibida, otorgo mi consentimiento informado firmando el presente documento.

Portugalete, a.....de..... de.....

Firma del participante:

Firma del/ de la representante de la investigación: