



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Propuesta de intervención desde el Trabajo Social
Sanitario en paciente con problemáticas en salud
mental.

Proposal for Intervention from Health Social Work in
patient with mental health problems.

Autor/es

Amalia Pradais Timofte

Director/es

Ángela Cristina Asensio Martínez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2023

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
 - 2.1. Trastorno depresivo
 - 2.1.1. Causas y diagnóstico
 - 2.2. Ideaciones autolíticas
 - 2.3. Tratamiento de pacientes con trastorno depresivo desde el Trabajo Social
3. JUSTIFICACIÓN
4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN
 - 4.1. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN
 - 4.1.1. Contexto y participantes
 - 4.1.2. Instrumentos
 - 4.1.3. Fases de la intervención
 - 4.2. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN
 - 4.2.1. Diseño de las sesiones del recurso “Cúidate”
 - 4.3. CRONOGRAMA
5. CONCLUSIÓN
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
7. ANEXOS

1. RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Grado surge de la necesidad de desarrollar intervenciones específicas llevadas a cabo desde el Trabajo Social Sanitario con aquellos pacientes que padecen trastorno depresivo junto con ideaciones autolíticas. Puesto que, la depresión es un trastorno afectivo muy frecuente en las sociedades actuales, ello conlleva a que presente gran repercusión en los diferentes ámbitos que envuelven a dichos pacientes. Por ello, el objetivo de este proyecto consiste en diseñar una propuesta de intervención para aquellos pacientes mayores de edad que se hallen en la situación anteriormente mencionada. Para conseguir llevar a cabo este proyecto, se cuenta con la participación de un hombre que se encuentra con la necesidad de ser intervenido de manera específica. Por lo que, la metodología empleada para la intervención trata de realizar dinámicas psicoeducativas y de reflexión individualizadas a excepción de una de ellas en la que se requiere la intervención de la unidad familiar. Finalmente, se destaca que el perfil de Trabajador Social Sanitario es el oportuno a la hora de ejecutar esta tipología de intervención.

Palabras clave: Trabajo Social Sanitario, trastorno depresivo, ideaciones autolíticas.

SUMMARY

This Final Degree Project arises from the need to develop specific interventions carried out from the Social Health Work with those patients who suffer from depressive disorder together with self-harming ideations. Since depression is a very common affective disorder in today's societies, it has great repercussions in the different areas involving these patients. Therefore, the aim of this project is to design an intervention proposal for those patients of legal age who are in the aforementioned situation. In order to carry out this project, we count on the participation of a man who is in need of specific intervention. Therefore, the methodology used for the intervention tries to carry out psychoeducational dynamics and individualized reflection, with the exception of one of them in which the intervention of the family unit is required. Finally, it should be noted that the Health Social Worker profile is the appropriate one when it comes to carrying out this type of intervention.

Key words: Health Social Work, depressive disorder, self-induced suicidal ideation

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Trastorno depresivo

La OMS (2022, p.2) refleja como “la salud mental es una parte integrante de nuestra salud y bienestar generales y un derecho humano fundamental. Significa ser más capaces de relacionarse, desenvolverse, afrontar dificultades y prosperar. En ella existe un complejo proceso continuo, con experiencias que abarcan desde un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional”.

A lo largo de los años se ha producido en la mayoría de las sociedades del mundo un incremento exponencial de la prevalencia de los problemas de salud mental en general, y de la depresión y la ansiedad en particular, a consecuencia de múltiples factores tanto internos como externos que favorecen negativamente a que el trastorno depresivo se vea en aumento. (Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores [ANPEEIAM], 2013, p.499).

La depresión es la principal causa de deterioro en la salud mental y afecta a 121 millones de personas en el mundo (World Health organization 2007). Concretamente, un reciente estudio europeo muestra que la depresión y las fobias específicas constituyen los problemas mentales más comunes en el continente europeo, con una prevalencia del 13% (Alonso et al., 2004). Existen distintas formas de entender la depresión.

Desde un enfoque clínico, puede ser definida como un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental. Desde un punto de vista conductual, se entiende la depresión como la consecuencia de la falta de refuerzo o de la no contingencia entre conducta y refuerzo, mientras que la teoría cognitiva concibe la depresión como resultado de pensamientos inadecuados, distorsionando el individuo la realidad de forma negativa. Los criterios de diagnóstico varían del mismo modo, aunque generalmente incluyen la presencia de síntomas, la duración de estos y una actividad disfuncional en diversas áreas sociales como el trabajo, las relaciones interpersonales, familiares, etc. (Estramiana et al. 2010).

Con lo cual partiendo de la etimología de la palabra “depresión”, esta proviene del latín *deprimere* y significa hundimiento o abatimiento. Lo que se hunde en la depresión es el plano vital del ser humano, aquí reside el núcleo común a todos los enfermos depresivos.

De esta manera, unas de las definiciones que nos pueden aportar luz al hecho de comprender el concepto de “depresión” se basan en las definiciones proporcionadas por William Coryell (2022):

La depresión es un sentimiento de tristeza y/o una disminución del interés o del placer en las actividades que se convierte en un trastorno cuando es lo suficientemente intensa como para interferir con el funcionamiento normal de la persona. Puede sobrevenir tras la pérdida de un ser querido u otro acontecimiento doloroso, aunque con respecto a este resulta desproporcionado y de una duración mayor a la esperada.

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente

tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales.

Así mismo, cabe destacar que la prevalencia de la depresión es de las más elevadas entre las enfermedades psiquiátricas. En Estados Unidos se ha estimado que la depresión mayor compromete alrededor del 10% de la población (Retamal Pedro, 1999). Dicho esto, cabe mencionar que las cifras se han visto incrementadas estos últimos años a raíz de la pandemia ocasionada por el covid-19.

La depresión vio su aumento tras la pandemia adquiriendo diferencias porcentuales entre ambos géneros, es decir que, en mujeres es casi tres veces más frecuente (58,5%) que en el hombre (23,3%). Se observa que esta diferencia entre sexos es más acusada en los tramos de edad adulta. Además, se percibe que la prevalencia crece con la edad, disminuyendo ligeramente en los últimos años de vida.

Previo a la pandemia, en 2014 se redujo dos puntos la prevalencia de cuadros depresivos en la población española (7,4% en 2014 frente a 5,4% en 2020). Casi un millón de personas presentaban cuadros depresivos mayores y algo más de un millón presentaban cuadros depresivos de menor severidad.

En el año 2015 se observa un ligero descenso de la incidencia en ambos géneros.

Finalmente, a través de la última Encuesta europea de salud en España desarrollada entre julio de 2019 y julio de 2020. Durante los primeros meses de la pandemia se observó un aumento en el porcentaje de población que experimentó sensación de estar decaído o deprimido, con problemas para dormir y con poco interés o alegría por hacer las cosas. Pero, al mismo tiempo, se redujo el porcentaje que indicó tener sensación de cansancio, sentirse mal con uno mismo o tener problemas para concentrarse.

El gradiente social en la depresión es muy marcado, con unas diferencias entre los niveles más altos de renta y los más bajos de 2,5 veces (Ministerio de Sanidad, 2020, p.21).

2.1.1. Causas y diagnóstico

Las enfermedades depresivas son enfermedades multifactoriales, es decir, intervienen muchas circunstancias, que incluyen el temperamento y los rasgos de personalidad como predisponentes, la exposición a situaciones vitales estresantes y la susceptibilidad biológica genéticamente determinada (Navarrete Francisco, 2007). Por lo que se combinan factores genéticos, bioquímicos, ambientales y psicológicos.

Por un lado, los estudios genéticos (que estudian la transmisión de caracteres heredados de generación en generación) indican que la depresión es resultado de la interacción de la influencia de múltiples genes con el ambiente y otros factores. Dicho de otro modo, un trauma, la pérdida de un ser querido, una separación conyugal, o cualquier situación estresante pueden desencadenar el episodio depresivo en la persona genéticamente determinada. Sin embargo, episodios posteriores pueden desarrollarse con o sin estrés desencadenante (Navarrete Francisco, 2007).

Por otro lado, lo más habitual que suceda es que el cuadro depresivo comience generalmente por una sintomatología parcial y al acentuarse se vaya volviendo más compleja. Es por lo que, en realidad, las raíces de la depresión son más profundas y amplias, y se hincan en las funciones de la vitalidad.

A tenor de que las causas de la depresión se distribuyen entre la herencia, la situación social, la ansiedad neurótica y un proceso corporal patológico o la administración de un fármaco o droga, se vienen distinguiendo cuatro categorías de enfermedad depresiva (Alonso-Fernández Francisco, 2001). Si la causa de la depresión es la herencia, la depresión será endógena. La depresión neurótica se dará si existe como causa la ansiedad neurótica. Así mismo, existirá la depresión situativa si existe como causa de la depresión

situaciones en la vida del individuo que le resulten estresantes. Finalmente, a consecuencia de un trastorno corporal ello puede originar en el individuo una depresión somatogena. Por último, se ha de destacar que no hay ningún signo o síntoma presente en el estado depresivo que no se relacione al menos con una de las cuatro dimensiones anteriormente mencionadas (Alonso-Fernández Francisco, 2001, p.17).

Además, entre las causas fundamentales que previamente se han mencionado, cabe destacar que en todo este proceso interviene un tercer eslabón que es el desequilibrio neuroquímico.

La influencia de los distintos factores causales básicos depresivos converge, por tanto, en la producción de un desequilibrio en la bioquímica cerebral, con la afectación primordial de ciertos sistemas de neurotransmisores, en especial en la forma de una pérdida de actividad del sistema noradrenérgico, lo cual se traduce en la plasmación del estado depresivo. De tal manera que aquí concurre el desequilibrio de otros sistemas de neurotransmisores con una presencia variable entre unos y otros enfermos (Alonso-Fernández Francisco, 2001, p.17).

De esta manera se puede afirmar que la conducta humana se organiza de tal forma que resulta ser compleja dada la regulación existente compartida por los genes, las condiciones ambientales, las vivencias, los hábitos y el funcionamiento del organismo. Todo ello se traduce en que el estado neuroquímico se ve influido por las propias decisiones de la persona (Alonso-Fernández Francisco, 2001, p.16).

Por todo esto se destaca que el cuadro clínico depresivo comprende un conjunto de síntomas y signos variables de unos enfermos a otros.

De esta forma, una de las mejores maneras de entender el diagnóstico que se obtiene del trastorno depresivo se halla en la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales). La publicación del DSM-V aporta novedades con respecto a la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, que tienen amplios efectos sobre muchas especialidades (Asociación Americana de Psiquiatría [AAP], 2014, p.7). De esta manera, a través del DSM-V podemos matizar cuál es el diagnóstico que se obtiene con respecto a los trastornos depresivos.

Con un simple vistazo se puede apreciar que existe una tipología de trastornos depresivos, los cuales son variados y cada uno presenta diferentes características. Es por ello por lo que en este apartado se hace especial mención al trastorno depresivo mayor y al trastorno depresivo persistente, el cual es la distimia. Ambas subcategorías del trastorno depresivo son frecuentes entre la población, por lo que es preciso poner a continuación el diagnóstico que presentan.

En el caso de los pacientes que padezcan trastorno depresivo mayor, el diagnóstico se establece en base a los siguientes criterios:

“A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. *Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).*

6. *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*

7. *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).*

8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).*

9. *Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.*

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor” (Asociación Americana de Psiquiatría [AAP], 2014, p.104-106).

Ahora bien, en el caso de los pacientes que presenten trastorno depresivo persistente, el diagnóstico se establece en base a los siguientes criterios:

“A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.

2. Insomnio o hipersomnia.

3. Poca energía o fatiga.

4. Baja autoestima.

5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (Asociación Americana de Psiquiatría [AAP], 2014, p.108-109).

2.2. Ideaciones autolíticas

La conducta suicida es uno de los principales problemas de salud pública, y se puede producir a cualquier edad. En 2020, a través de los datos oficiales procedentes del Instituto Nacional de Estadística, se tiene constancia de que fallecieron en España 3.941 personas por suicidio (2.930 hombres y 1.011 mujeres). El aumento global es de 7'35%; 5'74% más en hombres y 12'33% en mujeres (Federación Salud Mental Castilla y León, 2021, como se citó en el Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Con lo cual, se puede afirmar que:

La ideación autolítica previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado. Puesto que el intento suicida es un acto en que la inminencia de la consumación del hecho revela su intencionalidad fatal (planeamiento, hacerse daño a través de instrumentos) o su gravedad factual (cortarse las venas, ingerir un raticida). Por decirlo de otra manera, son amenazas o gestos suicidas las verbalizaciones o actos que, si llegaran a consumarse, darían lugar a un daño serio o a la muerte del sujeto (Saavedra & Vargas, 2012).

No obstante, para entender la conducta suicida hay que enfatizar en la existencia de pasos previos, en cuyo caso atendemos a la existencia de la ideación autolítica.

Se denomina ideación autolítica a la presencia persistente en el sujeto de pensamientos o ideas encaminadas a cometer suicidio (Moñivas Sánchez et al., 2007). Las ideaciones autolíticas o intentos de suicidio son la manifestación más extrema de la violencia, generada por el individuo hacia él mismo. Afecta a ambos sexos, pero se aprecia más en el sexo femenino y se encuentra presente en todas las clases sociales, siendo más frecuente en clases sociales de bajo nivel económico (Alonso et. al, 2021).

Seguido a esto se destaca que a través de la revista *Prevención y cuidados de enfermería en pacientes con ideas autolíticas* se afirma que gran cantidad de factores son los que impulsan que las conductas autolíticas se vean en incremento en los diferentes rincones del planeta. Un claro ejemplo de esto son los factores familiares. Así mismo, se incrementa el riesgo de que se cometan estas conductas en momentos en los cuales la familia posee poco poder adquisitivo, existe maltrato físico, poca o nula existencia de apoyo social o bien si han existido antecedentes familiares. Otros factores son la violencia intrafamiliar, los factores sociodemográficos; los factores escolares (*bullying*) y los factores personales.

Hoy en día, y gracias al avance de las sociedades existentes, esto ha ocasionado que con todas las tecnologías creadas y mejoradas constantemente también se esté considerando factor de riesgo o por lo menos un factor con gran influencia el uso desmedido y patológico de internet (Hernando Alonso et al., 2021).

Ahora bien, no todas las lesiones son suicidas, según refiere Moutier (2023) *“Una lesión autolítica puede ser no suicida. Ya que a menudo, las personas declaran incluso específicamente que no están tratando de quitarse la vida”*. Así pues, los ejemplos más frecuentes de autolesión no suicida comprenden: cortarse o apuñalarse la piel con un objeto afilado, como un cuchillo, una cuchilla de afeitarse o una aguja y quemarse la piel, generalmente con un cigarrillo.

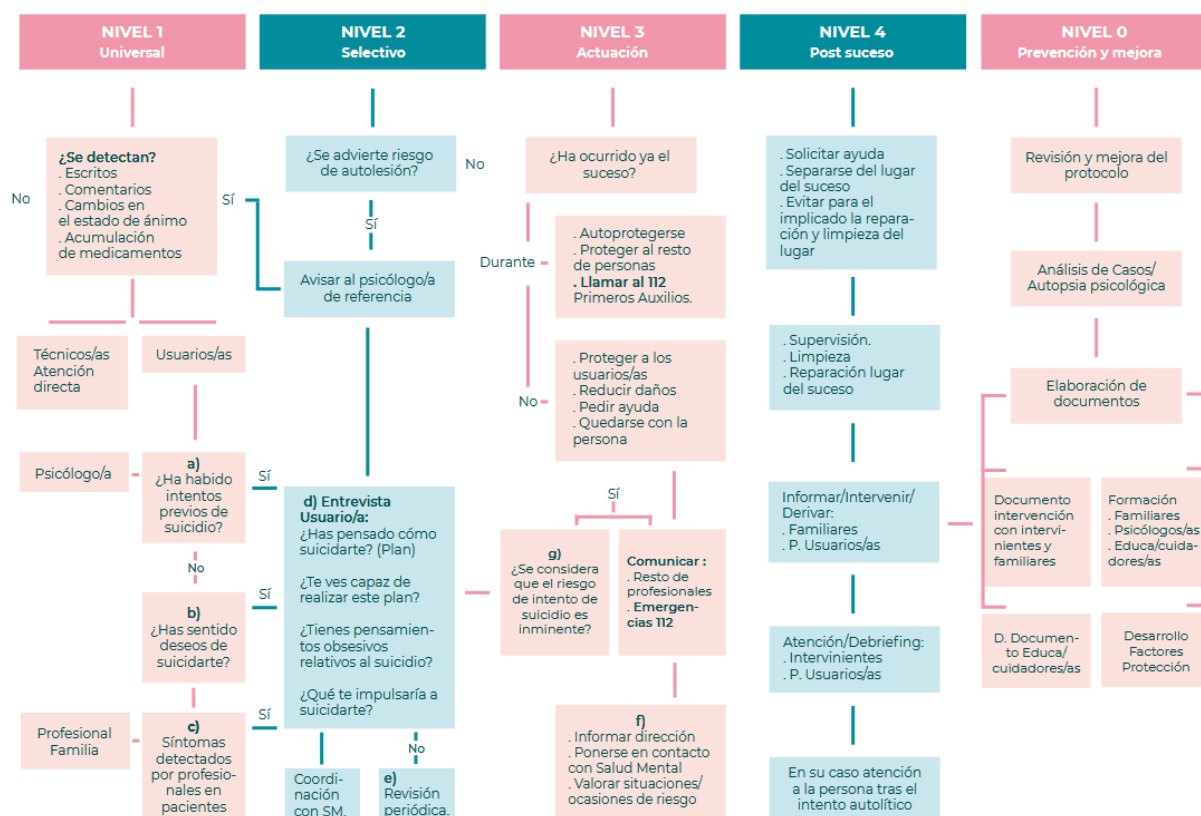
Las autolesiones no suicidas tienden a comenzar durante la adolescencia temprana (entre los 10 y los 13 años). La persona a menudo se lesiona repetidamente en una sola sesión, provocándose varios cortes o quemaduras en la misma ubicación.

Sin embargo, el motivo por el cual las personas se autolesionan no está del todo claro. Algunos de los motivos que se han estudiado que cumplen mayor probabilidad de que conlleven un riesgo de ideación autolítica son los siguientes: la persona manifiesta que lo hace porque es una manera de reducir la tensión o los sentimientos negativos internos; otros consideran que es una manera de resolver las dificultades interpersonales; también se percibe como una manera de autocastigarse por las faltas percibidas;

finalmente hay personas que desconocen que deben hacer en esos casos y efectúan tales acciones como forma de pedir ayuda externa.

Pese a que se intente concienciar a la ciudadanía de estos aspectos, en la mayoría de los casos el entorno de la persona que sufre no puede evitar que esas conductas autolíticas sucedan, por lo tanto, los profesionales sanitarios son los más aptos a la hora de proceder ante tales circunstancias. Por lo que se emplea el tiempo en realizar una tipología específica de intervención en base al nivel de riesgo que la persona en cuestión presente. Ello funciona a través de cuatro niveles de intervención en función de la valoración de la persona y de la situación, y un nivel 0 de prevención y mejora. Con lo cual, este tipo de intervención permite clasificar a toda persona en función de su nivel de riesgo, actuando y asignando tareas en función de éste (Briongos Hernández et al., 2021). Todo ello reflejado en la figura 1, donde se muestra el esquema general de los niveles de intervención en función del nivel de riesgo en el que se encuentre la persona en situación ante la conducta suicida.

Figura 1
Niveles de intervención, esquema general



Nota. Adaptado de *Guía de prevención del suicidio* (p.35) por Briongos Hernández et al., 2021, Federación Salud Mental Castilla y León.

Destaca a su vez que, según diversas investigaciones, la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Garlow, S. et al. 2008; McLaren & Challis, 2009; Sánchez-Sosa, et al., 2010; Coffin, Álvarez y Marín, 2011). Además, se plantea que un estado de ánimo depresivo se debe de considerar como una condición previa necesaria para la presencia de ideación suicida (Hintikka, et al, 2009).

De tal manera, la depresión es principalmente uno de los factores que incide en el intento autolítico consumado que incluye trastornos mentales psiquiátricos, biológicos y psicosociales preexistentes. La

conducta suicida en sí no es una patología, puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el trastorno depresivo (Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones, 1992).

El 90% de los intentos de suicidio suele tener de base algún trastorno mental, patología o condición incurable. Ahora bien, a través del *protocolo de actuación en conductas autolíticas* (2021) nos aclara la cuestión previa exponiendo que el trastorno mental más común en los casos de suicidio es la depresión. Más del 65% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión. Por lo que el porcentaje de personas con depresión que mueren por suicidio es del 15%. Cerca del 80% de personas con depresión en algún momento presentan ideación de suicidio y entre el 14% y el 50% de ellos realizan alguna conducta suicida. No obstante, las investigaciones desarrolladas demuestran que entre un 13% y un 40% de los individuos que se suicidan no cumple con los criterios diagnósticos de Trastorno por Depresión Mayor.

Finalmente, se ha de hacer mención a otra de las circunstancias que envuelven a las personas deprimidas en relación con el tratamiento que precisan y es que si dichas personas no reciben el tratamiento necesario, esto puede dar lugar a importantes consecuencias negativas, tales como la reducción de su calidad de vida (Spitzer et al., 1995), la cronificación de sus problemas emocionales (Kessler et al., 2011), el incremento del uso de los servicios de salud (Greenberg, Stiglin, Finkelstein y Berndt, 1993), o el aumento del riesgo de suicidio (Oquendo et al., 2002). Por tanto, la aplicación de una intervención adecuada para los problemas de depresión debe ser un objetivo principal para la asistencia sanitaria y no solo sanitaria dada la magnitud de casos que se presentan conforme transcurre el tiempo.

2.3. Tratamiento de pacientes con trastorno depresivo desde el Trabajo Social

El Trabajo Social es necesario en el ámbito sanitario ya que los problemas de salud y/o la enfermedad producen en las personas que los padecen un malestar de tipo subjetivo, diferente al malestar inherente al problema de salud en sí mismo. Además, no solo afectan a la persona que los padece directamente sino también a todo su contexto relacional o psicosocial (Ituarte, 2009, p. 283). Por ello, la intervención del Trabajador Social y el resto del equipo se dirige a optimizar la calidad medida del paciente y de su familiar, para así vincularlo a un proceso de capacitación y de integración de experiencias que conforman una progresiva autonomía, entendida como un signo de salud (Benajes et al., 2012, p. 245). Así, como refleja Garcés (2007) “La Salud Mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. [...] En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales...) procurando la integración de las diferentes disciplinas”.

A su vez, todo lo que sucede en ese contexto afecta a la evolución del problema de salud, desde su inicio hasta la resolución, en ocasiones de forma determinante. También, el contexto sanitario influye en los problemas de salud, con lo cual, ante la necesidad de una intervención sanitaria se considera necesario contextualizar a la persona, situarla en su realidad psicosocial (Ituarte, 2009, p.283).

Es por esa razón que, en la práctica clínica en el campo sanitario, los conflictos y el malestar psicosocial están relacionados con la existencia de algún problema de salud y/o con sus consecuencias. De tal manera que el Trabajador Social clínico tiene que estar en disposición de comprender al paciente y su problema lo que significa poder comprender el problema de salud en sí mismo y lo que supone en términos de malestar psicosocial para el propio paciente y su contexto. Aquí, lo que se precisa del Trabajador Social Clínico es que presente un conocimiento, básico pero suficiente, acerca de los problemas de salud o de las enfermedades en los que interviene, de los medios diagnósticos que se utilizan, de los tratamientos, etc. (Ituarte, 2009,

p.297-298).

El papel del Trabajador Social clínico es determinante en la atención de personas que padecen algún tipo de patología mental. De esta manera hay que entender que a pesar de existir una diferenciada tipología de diagnósticos en función del trastorno depresivo que presente el paciente con el cual se interviene, se considera que existen una serie de “principales problemáticas y necesidades” específicas en gran parte de las personas que sufren de este trastorno mental severo, al margen de las necesidades comunes al resto de la población (alimentación, higiene, apoyo social y familiar, trabajo, afecto...). Estas problemáticas y necesidades pueden sintetizarse en las siguientes (Sobрино, 2007, como se citó en Hernández Martín, 2013):

- Atención y tratamiento de la salud mental.
- Atención en momentos de crisis
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social
- Integración laboral
- Apoyo al alojamiento y atención residencial comunitaria
- Apoyo económico
- Protección y defensa de sus derechos
- Apoyo a las familias

Pero el papel del trabajador social no debe limitarse a la recepción de la demanda y a la tramitación de prestaciones que, si bien son útiles y necesarias, no deben constituir nunca la esencia de la intervención. Dentro de los aspectos comunes de necesidades, se encuentran el apoyo y el acompañamiento, convirtiéndose el profesional en una referencia para la familia, donde al menos puedan encontrar una persona con la que expresarse, compartir sus ideas y solucionar sus dudas (Hernández Martín, 2013, p.323).

De tal manera que a la hora de tratar con pacientes que presentan trastorno depresivo encontramos diferentes funciones que el Trabajador Social clínico ha de realizar con el fin último de favorecer el bienestar de la persona en cuestión. A partir de esto, desde *El Trabajo Social en Salud Mental* (Garcés Trullenque, 2010) existen tres tipos de funciones que el Trabajador Social ha de realizar o bien tener en cuenta a la hora de atender esta tipología de pacientes, estas son:

- *“Función de atención directa: es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye: acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización, entrevistas con el usuario, trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre, seguimiento y evaluación, realizar visitas a domicilio para valoración e intervención, apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual para que participen en el proceso de cambio, informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales, derivación del usuario a recursos adecuados.*
- *Función preventiva: con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo a través de: los recursos normalizados y los recursos específicos dirigidos a este colectivo (Programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral).*
- *Función de coordinación: colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales”.*

En definitiva, el ámbito de Trabajo Social en pacientes con trastorno depresivo depende en gran medida de lo que los profesionales de este campo sean capaces de realizar con el objetivo de proporcionar una

atención integral y de calidad a dichos pacientes.

3. JUSTIFICACIÓN

La depresión es una afección más común de lo que a menudo se percibe. A lo largo del tiempo, ha habido un creciente nivel de conciencia entre las personas sobre la importancia de abordar y cuidar la salud mental. Este aumento en la conciencia se refleja en diversos ámbitos institucionales, como la educación y la sanidad, que buscan prevenir el aumento de las cifras relacionadas con las patologías mentales que están adquiriendo una mayor relevancia en la sociedad actual. Es importante señalar que estas circunstancias no se limitan únicamente a la sociedad española, ya que el aumento de las patologías mencionadas anteriormente ha estado expandiéndose a nivel global a lo largo del tiempo.

Tal y como se menciona en la introducción, las enfermedades depresivas se relacionan en gran medida con la posterior ideación suicida y en el peor de los escenarios acaba con el fatídico acto suicida. La Organización Mundial de la Salud, estimó que los desórdenes mentales representan un 12% de las causas de enfermedades en todo el mundo. Y un 46% del total de las patologías están relacionadas de manera directa a cuadros depresivos (OMS, 2011). Según ciertos estudios revisados, se llega a conocer que el episodio depresivo mayor es el trastorno mental más común, con una prevalencia de 3,9%, siendo para el género femenino el doble que el masculino, es decir, un 5,62% frente a un 2,15% (Haro et al., 2006).

De tal manera que se destaca la alta prevalencia de los trastornos depresivos, hay que admitir que en lo relacionado con la ideación suicida también existe una alta prevalencia. Según refiere el estudio ESE-MeD (2010) sobre epidemiología psiquiátrica (la cual valora las ideas y conductas suicidas en la población general) señala que un 4,4% de los españoles presenta ideación autolítica. Por lo que existe un considerable incremento de trastornos depresivos junto con la ideación suicida a lo largo del transcurso de los años.

Por ello, tras la revisión de diferentes libros, revistas, artículos académicos, etc., relacionados con los trastornos depresivos junto con la ideación suicida, se ha observado que existe un considerable incremento de casos relacionados con ambos conceptos a lo largo del transcurso de los años.

Además, destaca la inexistencia de protocolos de intervención desde Trabajo Social clínico en pacientes que presentan dicho cuadro clínico específico. Ya que, respecto a las intervenciones que realiza un Trabajador Social en el perfil sanitario vinculado a las patologías mentales, destaca la existencia de protocolos generales y no específicos.

Así mismo, a través de las prácticas realizadas por la autora del presente Trabajo Final de Grado (TFG) en el Hospital Clínico Lozano Blesa en la Unidad de Agudos y Hospital de Día se observa que varios de los casos que aparecen en psiquiatría presentan trastorno depresivo con diversos intentos autolíticos. Pese a ello, la Unidad de Trabajo Social no expone protocolos específicos en función de las diversas patologías mentales que existen. Es por ello por lo que sería recomendable que dichos protocolos fueran redefinidos específicamente en función de las necesidades que cada perfil de paciente precisa.

Por todo ello, el objetivo general de este Trabajo Fin de Grado consiste en diseñar una propuesta de intervención desde la figura del Trabajador Social clínico para pacientes que presenten depresión junto con ideaciones autolíticas.

4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención es llevada a cabo gracias al estudio y análisis de un paciente en concreto ingresado en el Hospital de Día. Dicha unidad ambulatoria se sitúa en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

Así mismo, el motivo por el cual se escoge el hospital mencionado anteriormente se debe a que la autora del presente TFG realizó sus prácticas en dicha institución y es ahí donde observó la necesidad que justifica la elaboración del proyecto de intervención basándose en el cuadro clínico que se ha presentado previamente.

El objetivo general del proyecto de intervención es mejorar la situación sociosanitaria de los pacientes con trastorno depresivo junto con ideaciones autolíticas desde el Trabajo Social Sanitario.

Así pues, los objetivos específicos establecidos serán los siguientes:

- A. Crear un recurso innovador dentro del centro hospitalario basado en pacientes con cuadro clínico depresivo y el cual sea llevado a cabo por un procedimiento específico de intervención propuesto desde la Unidad de Trabajo Social.
- B. Generar un espacio libre donde los pacientes puedan compartir experiencias personales en relación con su estado anímico y/o ideaciones autolíticas.
- C. Facilitar la integración del paciente en su entorno social.
- D. Mantener las conductas que se pretenden conseguir en la persona que sufre de la patología en cuestión a través del seguimiento continuo de la Unidad de Trabajo Social establecida en el centro médico u Hospital de ingreso.

4.1. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

Se plantea una propuesta de intervención basada en sesiones individuales y colectivas (estas últimas sesiones serán llevadas a cabo en coordinación con diferentes profesionales del perfil sanitario). Las sesiones están ideadas con el objetivo de realizarse a pacientes que sufren de trastorno depresivo (especialmente la distimia) junto con ideaciones autolíticas. Todo ello, será llevado a cabo por el Trabajador Social clínico (TSC), el cual colaborará con los diferentes ámbitos sociales que influyen en el paciente.

4.1.1. Contexto y participantes

La propuesta de intervención que se presenta a continuación está diseñada para ser realizada en el centro hospitalario “Lozano Blesa”. El Hospital Clínico “Lozano Blesa” comenzó su actividad en octubre de 1974 y hasta junio de 1975 se fueron incorporando paulatinamente todas las especialidades médicas. En septiembre de 1985, se abrió el camino hacia la integración de los Hospitales Clínicos en la Red Hospitalaria del INSALUD, mediante la publicación de la Orden Ministerial de fecha 13 de septiembre de 1985.

El Hospital Clínico “Lozano Blesa” como parte de la organización de Salud tiene como misión ofrecer a la población adscrita atención especializada, programada y urgente, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario (Hospital Clínico Lozano Blesa, s.f.).

Así pues, haciendo breve mención a las unidades que componen la planta de psiquiatría de este hospital (exceptuando aquellas destinadas a menores de edad) y en las cuales interviene la Unidad de Trabajo Social son:

Unidad de Agudos: se trata de un área de hospitalización destinada al ingreso de cualquier persona mayor de 18 años que presente descompensación psicopatológica aguda para que de esta forma sea evaluado, diagnosticado y tratado por el conjunto de profesionales que ejercen su praxis profesional en el sistema sanitario. Dicha unidad pretende recuperar tanto la salud física como mental del paciente. Así mismo, el ingreso puede ser tanto voluntario como involuntario y la estancia habitual ronda en torno al mes/dos meses (en casos excepcionales). Con esto último, se consideran que son unidades de corta estancia en las cuales se pretende contener o controlar síntomas extremos que requieren una actuación intensa y urgente.

Hospital de Día: se trata de un centro diurno interdisciplinario de carácter ambulatorio. Dicho recurso se halla integrado al hospital al que acuden pacientes con patologías mentales. La estancia media es de un mes y medio, aproximadamente. Además, el horario es de lunes a viernes de 10:00 a 14:00h. Con lo cual, esto último indica que no exige una separación de la familia y la sociedad respecto al paciente. El objetivo de este recurso consiste en recibir un tratamiento integral basado en las necesidades del paciente a través del análisis psicosocial que envuelve al individuo. De esta manera se obtiene la valoración del equipo multidisciplinar para así consecuentemente a través de dicha valoración se llegue a conceder el alta al paciente en cuestión.

Por una parte, desde el Trabajo Social para tratar las dificultades detectadas en los pacientes que presentan trastornos psíquicos, el Hospital Clínico “Lozano Blesa” trabaja de la misma manera tanto con los pacientes de la Unidad de Agudos como del Hospital de Día. En cuyo caso, la metodología que se sigue es la siguiente:

- *Primera entrevista inicial realizada con los familiares y/o red de apoyo más cercana al paciente.*

A partir de dicha entrevista se recaba información relevante de la situación familiar, laboral, económica, etc. Con ello se pretende desde el Trabajo Social Sanitario profundizar acerca del entorno que envuelve al paciente. Así mismo, se extrae información que puede diferir de lo que posteriormente diga el paciente. Los gestos y actitudes también son claves en estas circunstancias.

- *Entrevista (individual o colectiva con el equipo multidisciplinar) y el paciente.*

Una vez que se conoce la historia familiar del paciente, se procede a entrevistar al paciente con la finalidad de conocer la perspectiva que él tiene con respecto a su entorno. Puesto que cada paciente es único e independientemente de la tipología de trastorno mental que el paciente tenga, se ha de tener en cuenta su perspectiva junto con la de su familia o entorno más cercano.

- *Reuniones de equipo multidisciplinar.*

Realizadas con el objetivo de que la Unidad de Trabajo Social y las unidades de enfermería y psiquiatría se informen acerca de los avances que llevan de los pacientes ingresados.

- *Búsqueda y coordinación con las instituciones que se requieren para favorecer el correcto funcionamiento del individuo.*

Una vez que se conoce la historia social del paciente, se realiza la búsqueda de instituciones y/o recursos que favorezcan al paciente en el ámbito o ámbitos en los que se deba incidir para su correcto bienestar físico y mental.

- *Realización de talleres.*

Llevadas a cabo por el/la Trabajador/a Social. En dichos talleres se crea un debate en el cual todos los pacientes intervienen. En este caso, los pacientes semanalmente tienen que llevar de casa una noticia que haya salido esa semana y compartirla en el taller con todo el grupo. De esta manera cada persona se informa de las noticias semanalmente y junto al grupo debaten su noticia y la de los demás.

- En muchos de los casos, pacientes que previamente no han solicitado demanda por parte del profesional de Trabajo Social Sanitario, conforme avanzan los días en su ingreso hospitalario piden que se les ayude ya sea para realizar peticiones judiciales, económicas, de orientación, etc.

Por otra parte, el perfil del paciente para el que se desarrolla la presente intervención es el siguiente:

Se trata de un varón de 27 años de edad el cual acude voluntariamente al Hospital Clínico Lozano Blesa a consecuencia de su malestar psíquico. La fecha de ingreso corresponde al día 15/11/2023. Antecedentes previos a este ingreso no existen.

El paciente refiere que desde hace mucho tiempo presenta sentimientos de tristeza, desesperanza,

insatisfacción y desinterés generalizado por casi todo lo que le rodea. Refiere que como acontecimientos vitales estresantes sufrió bullying en la escuela durante un año. Además, a los 22 años falleció su hermana mayor la cual padecía cáncer.

Según los informes psiquiátricos elaborados por el Hospital, dicho paciente presenta distimia y según el paciente ha llegado a referir en algún momento puntual de estos últimos años ha presentado ideaciones autolíticas las cuales ha verbalizado a sus familiares hace pocas semanas.

En cuanto a estudios académicos presenta el título de la E.S.O y un certificado de profesionalidad en el ámbito de hostelería con el cual ejerció su profesión durante 3 años. Sin embargo, tras el fallecimiento de su hermana se presentaron complicaciones a la hora de atender a los clientes.

Así mismo, destaca que se encuentra desempleado, en búsqueda activa de trabajo. No obstante, en el momento en el cual tiene que acudir a las entrevistas correspondientes se queda bloqueado y finalmente no llega a acudir.

El paciente reside en el domicilio de sus progenitores y su red de apoyo consta únicamente de sus padres y su pareja. En cuanto a esto último se destaca que, según la entrevista familiar efectuada a la madre del varón, ella cree que se haya en una relación de dependencia en la cual el paciente tampoco puede tener una red de apoyo más amplia puesto que su pareja no se lo permite.

Se destaca a su vez que el paciente se muestra colaborador, motivado y con cierta incertidumbre del tratamiento que se llevará a cabo.

Dicho paciente representa de forma específica el perfil de pacientes que sufren de trastorno depresivo e ideación autolítica y a los cuales se les debería intervenir a través de una intervención innovadora llevada a cabo desde Trabajo Social clínico.

4.1.2. Instrumentos

Los instrumentos empleados para analizar el caso y la efectividad de la intervención son los siguientes:

- a) Observación participante: esta técnica se configura como técnica de recogida de información directamente de la realidad social. Es una técnica que nos permite el correcto aprendizaje a través de percibir a otros individuos en el entorno a estudiar y en este caso también poder realizar el correspondiente análisis del tratamiento que se efectúa con pacientes depresivos.

A través de la observación participante se ha constatado el aumento de casos con cuadro clínico depresivo e ideación autolítica.

- b) Entrevistas a pacientes y familiares: la entrevista es la técnica que más se utiliza en Trabajo Social Individualizado y está destinada a obtener y proporcionar información, estudiar si la demanda se adecúa al recurso, recoger datos para la evaluación. Según Rosell (1998) “la entrevista es una relación, una técnica y un proceso” (Técnicas de Intervención en Trabajo Social, 2018).

Así mismo, cabe destacar que dichas entrevistas fueron realizadas en un primer instante con el objetivo de conocer la situación sociofamiliar, laboral, económica, de vivienda, de ocio y redes sociales que envuelven al paciente en cuestión. Tanto desde la percepción que presenta el usuario del hospital como la percepción que los profesionales tienen del caso a abordar.

Se destaca a su vez que las dos técnicas utilizadas en este caso para evaluar el trastorno depresivo y las conductas autolíticas son los siguientes:

- c) Inventario de Depresión de Beck (BDI-II): una vez realizada la entrevista al paciente en cuestión se procede a entregarle el autoinforme que le evaluará la depresión que presenta. Es decir que, el Inventario de Depresión de Beck hace referencia a un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).

La prueba, para un uso clínico, evalúa la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013). Así mismo, se destaca que dicho inventario se realizará antes y después de la intervención. De esta manera, se comprobará la evolución del paciente a lo largo de la intervención llevada a cabo por parte del equipo multidisciplinar sanitario.

- d) Escala de Ideación suicida: con esta escala se pretende valorar el nivel de riesgo que el paciente con trastorno depresivo presenta en relación con las ideaciones autolíticas que de manera puntual ha presentado a lo largo de su vida.

Por ello, la escala que se ha mencionado anteriormente consiste en una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) con el objetivo de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o bien el grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Los ítems se encuentran divididos en varias secciones que recogen una serie de características relacionadas con:

- La actitud que presenta el paciente con respecto a la vida/muerte
- Pensamiento o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado
- A todo ello se añade una quinta sección en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. No obstante, esta quinta sección no se contabiliza en la puntuación global de la escala ya que solo presenta un valor descriptivo (Bulbena et. al, 2000, p. 147-148).

Con el fin de crear un recurso innovador en el centro hospitalario es imprescindible que se realice la técnica del análisis DAFO. El cual se utiliza para comprender en mayor profundidad la situación actual de una empresa, organización, producto o servicio específico, además sirve de ayuda para formular una intervención social (Sisamón Gil, 2012, p. 471). A partir de esta técnica se identifican las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que presenta el objeto de estudio que se va a analizar. De esta forma, a través de la realización de las prácticas en el Hospital Clínico Lozano Blesa, se ha extraído información pertinente acerca de la unidad de psiquiatría existente en el Hospital. Gracias a ello, se puede reformular o bien crear un recurso innovador para pacientes que presenten sintomatología depresiva y mejorar la calidad de la intervención para dichos pacientes que acuden, voluntaria o involuntariamente, a este centro hospitalario. En el anexo I se presenta la plantilla con la cual se podrá elaborar dicho análisis.

4.1.3. Fases de la intervención

El proceso de intervención desde el ámbito profesional de Trabajo Social lleva implícito informar, asesorar, orientar, evaluar, derivar y coordinarse con diferentes profesionales y/o recursos ya sean del mismo u otro campo de estudio (García & Romero, 2006, p.1). Es de vital trascendencia atender a la circunstancia que envuelve al profesional de Trabajo Social. Ello se basa en que la intervención realizada desde el Trabajo Social clínico conforma la relación interpersonal establecida entre dicho profesional y el usuario, de manera que si se quiere intervenir con la persona que acude a Trabajo Social ya sea en el sistema judicial, educativo, sanitario, etc., se debe intervenir estableciendo una serie de fases.

En este caso, se presentan a continuación 5 fases para poder así diseñar el recurso para el paciente anteriormente mencionado.

FASE 0: OBSERVACIÓN DEL CAMPO DE ESTUDIO

El período de prácticas llevado a cabo por la autora de este TFG en el período comprendido de septiembre

hasta finales de diciembre de 2023 marcó que su elección en cuanto al objeto de estudio del sistema sanitario fuera un paciente que presentaba y presenta trastorno depresivo en relación con las ideaciones autolíticas.

Es por ello, que la fase 0 del proyecto consiste en detectar aquellos pacientes que puedan ser clave a la hora de realizar la intervención desde el recurso que se explicará más adelante.

La observación, análisis y estudio de aquellos pacientes que con mayor frecuencia van apareciendo en los centros sanitarios, es decir, pacientes con trastorno depresivo, se realizará en primer lugar desde una perspectiva en la cual la observación sea no participante. De esta manera, no se alterará la información presentada y con ello se logra que los pacientes no se sientan molestos ante esta postura además de que resulta ser una manera eficaz para la autora a la hora de escoger el/los participante/s con el/los cual/es se intervendrá más adelante.

A continuación, se pasará a una observación participante en la cual el investigador, en este caso, la autora del TFG se convertirá en un miembro más de la comunidad que analiza. Ello fomentará una amplia perspectiva acerca de lo que observa, ya que a menor distancia social mayor calidad se obtendrá del proceso de recogida de datos y ulterior análisis e interpretación de los resultados presentados. Para esto se ha de entrar en conversación con sus miembros estableciendo un contacto lo más estrecho posible con ellos. Marshal y Rossman (1989) la definen del siguiente modo: “la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado”, mientras que para deMuynck y Sobo (1998) se trata del “primer método usado por los antropólogos al hacer trabajo de campo”. Es por ello por lo que, el trabajo de campo involucra, además de altas dosis de paciencia, una mirada activa, una memoria que se debe trabajar y mejorar, entrevistas informales y sobre todo escribir unas notas de campo lo más detalladas posibles (Aguar, 2015, p. 82).

FASE 1: ELECCIÓN DEL PARTICIPANTE Y REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS

En esta primera fase se lleva a cabo la elección del participante a través de las entrevistas realizadas a los diferentes pacientes ingresados. Son varias entrevistas a realizar, sin embargo, se debe escoger a un participante que resulte ser clave para el proyecto encomendado.

De esta manera, se ha de resaltar que la elección del paciente se realizará a aquel que se halle ingresado en el Hospital de Día. Puesto que, el Hospital de Día ofrece una atención más individualizada por parte de Trabajo Social a diferencia de la Unidad de Agudos, por lo que llevar a cabo la elaboración de un recurso nuevo es más sencillo partiendo de la base del Hospital de Día.

A consecuencia de esto, el paciente en cuestión será informado a través de una reunión realizada a varios pacientes que cumplen el perfil establecido para participar en este proyecto. Posteriormente, será entrevistada la familia del paciente, en la cual se les informará del proyecto y se pedirá su colaboración familiar.

Finalmente, en esta fase se realizará la valoración de la situación inicial del paciente. Ello se logrará a través de la entrevista inicial con el participante, la entrevista familiar inicial y las entrevistas de seguimiento que se van realizando conforme transcurre la intervención.

FASE 2: EVALUACIÓN INICIAL DEL PARTICIPANTE

En esta segunda fase se llevará a cabo una reunión compuesta por el participante, psiquiatra y Trabajadora Social en la cual el participante realizará el autoinforme de depresión de Beck junto con la escala de ideación suicida.

A través del equipo multidisciplinar se conocerá la situación en la cual se halla el paciente y en consecuencia

la gravedad de la enfermedad mental que padece. Con esto, se puede poner un punto de partida a la hora de crear el nuevo recurso. Esto se debe a que la información que se puede extraer de las entrevistas es valiosa, sin embargo, gracias a los test y escalas que existen, se puede medir de manera óptima la situación con la que tienen que trabajar los profesionales. En este caso, la Unidad de Trabajo Social Sanitaria.

FASE 3: EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Esta fase queda definida como “la puesta en marcha del proyecto”, es por ello que su ejecución contará con la participación de un/a trabajador/a social y de un psicólogo/a. De esta manera, ambos profesionales obtendrán el rol de dinamizadores del recurso que se presentará más adelante, siendo ellos los encargados de realizar las actividades que deberán explicar a los pacientes que acudan al nuevo recurso y estarán ahí en todo momento para orientar y fomentar la creación de un óptimo clima de confianza entre todos ellos.

Ahora bien, en cuanto a la disponibilidad de horarios y salas habilitadas para la realización de diversas actividades, ello se efectuará dos días a la semana que serán los martes y los jueves en las instalaciones de la tercera planta del Hospital Clínico Lozano Blesa. El horario establecido será de 15:00h a 16:00h aproximadamente.

Así mismo, cabe destacar que el horario del recurso se establece de esta manera ya que según lo comentado en apartados anteriores los pacientes que acuden al Hospital de Día han de ir de 10:00h a 14:30h. Con lo cual, el paciente que precisa de este recurso deberá quedarse esos dos días en el horario ampliado que se pretende establecer.

FASE 4: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La cuarta fase es la última fase del proyecto, en ella se procede a elaborar la evaluación correspondiente al paciente. En este caso al ser un proyecto de intervención con un paciente, únicamente se obtendrán los resultados de dicho paciente.

Si bien es cierto que este recurso pretende abordarse tanto de manera individualizada con el paciente como de manera colectiva en algunos casos puntuales. Por lo que, se debe enfatizar que la idea es que un grupo reducido de 5-7 pacientes se vean beneficiados de dicho recurso y entre ellos puedan colaborar en el fomento del bienestar y la calidad del proyecto.

Así mismo, la evaluación consiste en proveer al paciente del autoinforme y escala trabajada a comienzos de la segunda fase con él desde la Unidad de Trabajo Social. Además, con el objetivo de averiguar si el equipo multidisciplinar está ejerciendo su labor correctamente y las actividades durante el proceso han sido las adecuadas, se pretende entregar al paciente un cuestionario de satisfacción.

No obstante, no solamente se quiere conocer la valoración que tiene el paciente de todo el proceso llevado, sino que además el entorno familiar deberá dar su opinión con respecto a los avances o retrocesos que ellos mismos ven en el familiar con el cual se ha intervenido.

Después de un mes y pasados otros tres meses se pretende realizar un seguimiento de la situación del paciente. De tal manera que el profesional de Trabajo Social lo citará para reunirse de manera individualizada.

En dicha reunión se proporcionará el autoinforme y escala trabajada anteriormente con el objetivo de que sean completadas y de esa forma comprobar si los avances han perdurado con el paso del tiempo o bien se descubre la existencia de retrocesos en la intervención ejecutada durante todo el proceso previo.

Finalmente, el día de la reunión de seguimiento se hará de acuerdo con la disponibilidad del paciente con el cual se ha intervenido.

4.3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se propone un proyecto basado en la creación de un recurso nuevo dentro del ámbito hospitalario en el que se vea beneficiado el paciente mencionado anteriormente el cual padece trastorno depresivo e ideación suicida. En función de lo planteado, el recurso será coordinado a través de la Unidad de Trabajo Social Sanitario de manera individual con el paciente una vez analizada toda la información disponible. La intervención tendrá lugar en el Hospital Clínico Lozano Blesa durante un mes en el cual se proponen ocho sesiones llevadas a cabo dos veces por semana, con una duración de 60 minutos cada una de ellas. Seguidamente, se puntualizan los objetivos de cada sesión y las dinámicas llevadas a cabo para su alcance.

4.3.1. Diseño de las sesiones del recurso “Cuidate”

Sesión 1: Conozcámonos

Los objetivos que se presentan en esta primera sesión son los siguientes:

- Animar al paciente a contar su historia personal
- Crear un ambiente de confianza distendido en el cual Trabajadora Social y paciente puedan conversar plenamente
- Detectar necesidades que durante las entrevistas previas no fueron mencionadas
- Fijar los objetivos que el paciente pretende conseguir a través de este recurso.

Para esta sesión se proponen 2 actividades a trabajar con el paciente durante la sesión. En primer lugar, se presenta la **Rueda de la vida**.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* evaluar desde la Unidad de Trabajo Social aquellos aspectos de la vida cotidiana que el paciente considera más relevantes desde su propia perspectiva. Además, desde la Unidad de Trabajo Social resulta útil esta dinámica puesto que se detectan las principales carencias que se hallan en el contexto del individuo.
- *Material:* folio en el cual aparece la circunferencia que representa la “Rueda de la vida” (véase en el anexo IV), bolígrafo y/o lápiz y rotuladores y/o subrayadores.
- *Tiempo:* 30 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* consiste en que el paciente rellene la circunferencia mostrada en el folio proporcionado por la Unidad de Trabajo Social correspondiente. En dicha circunferencia se presentan 8 áreas a abordar, estas son: amistad, salud, amor, familia, educación, ocio, desarrollo personal y expectativas de futuro. Con estas áreas se pretende que el paciente pueda evaluar su grado de satisfacción con respecto a cada una de ellas. Así mismo, la Trabajadora Social a modo de indagar más en lo expresado por el paciente, deberá cuestionar al paciente el motivo de porqué unas áreas se ven más fortalecidas y otras adquieren posiciones bajas. Es por ello que, ante esta dinámica se presentan dos objetivos: hacer reflexionar al individuo y percibir por parte de la Trabajadora Social necesidades que previamente no fueron mostradas y/o ignoradas.

La segunda dinámica presentada se denomina **Búsqueda del personaje identificativo**.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* analizar en mayor profundidad las fortalezas y debilidades que siente de manera subjetiva el paciente. En consecuencia, la Trabajadora Social podrá identificar el grado de autoconocimiento que presenta.

- *Material:* ordenador con conexión a internet, folio y bolígrafo.
- *Tiempo:* 30 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* consiste en que el paciente durante los primeros 10 minutos ha de pensar y escoger 5 o 6 películas (o series) que le hayan hecho reflexionar o bien, sienta que se identifica con las escenas que aparecen en dichas películas/series. Durante los 10 minutos siguientes debe escribir los motivos por los cuales ha escogido esas escenas, personajes o simplemente la película o serie en específico. El ordenador será utilizado por el paciente en la tercera fase de esta dinámica que es el debate. En este caso, el ordenador funciona como herramienta informativa para el paciente con el objetivo de hacer comprender de manera óptima el motivo de sus elecciones o bien que pueda explicar correctamente en qué consiste esa película y/o serie en caso de que la Trabajadora Social desconozca el motivo de la elección por parte del paciente. Finalmente, y según lo comentado anteriormente, los 10 minutos restantes servirán para debatir entre Trabajadora Social y paciente las películas y/o series escogidas.

Sesión 2: Paso a paso

En la segunda sesión se plantean los siguientes objetivos:

- Proponer al paciente que establezca unos objetivos alcanzables durante las diferentes sesiones que este recurso presenta y de cara a sus proyectos vitales próximos
- Valorar cómo el paciente percibe diferentes escenarios que la Trabajadora Social le planteará
- Hacer entender cuál es la manera más oportuna de proceder ante esa situación que al paciente le puede parecer estremecedora.

Para el cumplimiento de los objetivos anteriormente citados, se podrán realizar las siguientes dinámicas durante la sesión: ***Marcamos nuestros objetivos y ¿Cómo actuarías?***

Con el fin de dar comienzo a esta sesión, al paciente se le debe presentar en primer lugar la dinámica ***Marcamos nuestros objetivos.***

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* hacer reflexionar al paciente de los objetivos que quiere alcanzar a través de este recurso. Además, en esta dinámica, el paciente pensará y plasmará los objetivos a largo plazo que se marcará tras finalizar la acogida en dicho recurso.
- *Material:* bolígrafo, panel perforado, chinchetas y folios/*post-it* de tres colores diferentes.
- *Tiempo:* 25 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* En primer lugar, se debe explicar la utilización de los diferentes *post-it* de colores. Se parte de tres colores diferentes que marcarán cada uno de ellos los objetivos a corto, medio y largo plazo que serán establecidos y valorados por el paciente y en los últimos 10 minutos por el profesional que coordina la dinámica. Además, dichos *post-it* serán puestos en el panel perforado tanto para que el paciente pueda visualizar cada semana si ha habido progresos como en las fases de seguimiento que se realizarán posteriormente. A todo ello se añade que, el número de posits de cada color que debe plasmar el paciente en el panel no ha de ser menos de cuatro *post-it*, es decir, un mínimo de cuatro objetivos establecidos por categoría.

Una vez realizada la primera parte de la sesión, se procederá a realizar la dinámica ***¿Cómo actuarías?***

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* proporcionar diferentes escenarios que se presentan en la vida cotidiana de los individuos y que el paciente razone acerca de cuál sería la mejor forma de

afrontar aquellas situaciones.

- *Material:* ordenador de la Unidad de Trabajo Social.
- *Tiempo:* 35 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* la actividad propuesta consiste en que la profesional que lleva a cabo esta sesión, es decir, la Trabajadora Social deberá tener preparados diferentes escenarios que se adapten a las circunstancias del paciente que se presenta delante. Los escenarios variarán en función de lo que se comente con el paciente en las entrevistas previas y en consecuencia, primera sesión realizada. Es por ello por lo que, ante este caso lo óptimo sería establecer un mínimo de quince escenarios a analizar. Conforme la Trabajadora Social plantea los diferentes escenarios, el paciente deberá resolver cada uno de ellos en base a su criterio. Así mismo, se destaca que tanto si el paciente resuelve el escenario positivamente como si no, la Trabajadora Social ante cada escenario planteado deberá exponer su punto de vista justificando la respuesta. Se trata de que el paciente pueda entender que existen diferentes vías de abordaje ante un problema y que en cada uno de ellos a pesar de que se pueda resolver de maneras diferentes siempre hay algunas que benefician en mayor medida que otras.

Sesión 3: Aspectos básicos.

Los objetivos que se presentan en esta tercera sesión son los siguientes:

- Proporcionar información clara y comprensible sobre las características que presenta la depresión al paciente
- Mejorar el entendimiento de la familia sobre la enfermedad
- Educar tanto a paciente como a familiares en la importancia que tiene el seguimiento del tratamiento.

De esta forma, la tercera sesión se plantea realizarse con el paciente y familiares más allegados, es decir en este caso, los progenitores. Con lo cual, la tercera sesión se dividirá en dos dinámicas denominadas: ***Hablemos claro*** y ***Entendiendo la depresión***.

En primer lugar, se presenta la dinámica ***Hablemos claro***.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* invitar al análisis y reflexión de la familia y del paciente acerca de los factores desencadenantes del trastorno depresivo que padece el paciente en cuestión.
- *Material:* pelota de espuma.
- *Tiempo:* 30 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* los participantes se pondrán cada uno en una silla y se formará un cuadrado en el cual la Trabajadora Social también estará sentada junto a ellos. En este caso, la Trabajadora Social lanzará un tema o bien cuestiones concretas en relación con los factores desencadenantes que creen de manera subjetiva que ha ocasionado que se den las circunstancias en las cuales se halla el paciente. A la hora de intervenir, el que tenga la pelota de espuma podrá hablar. El tiempo durante el cual cada participante podrá hablar estará cronometrado y pasado el tiempo debe pasarlo a otro participante en caso de que quede alguno de ellos que no hayan dado contestación al tema o pregunta. Si todos ellos han dado contestación, la pelota irá dirigida a la Trabajadora Social.

La segunda parte de la hora irá destinada a la dinámica de ***Entendiendo la depresión***.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* facilitar el entendimiento de la enfermedad y educar acerca de las maneras en las cuales se debe abordar esta problemática.
- *Material:* presentación de power point.
- *Tiempo:* 30 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* los participantes se acomodarán cada uno en un asiento, en este caso, la dinámica se fundamenta en la escucha activa y resolución de posibles dudas que se generen. Durante los 30 minutos establecidos, la Trabajadora Social deberá exponer a través de un power point información de interés acerca de la depresión e ideaciones autolíticas. Es por ello que, para explicar algunos puntos claves, se basará en el caso que trabaja con el respectivo paciente. En los últimos 10/15 minutos, los participantes podrán exponer sus preguntas, o bien comentarios que precisen realizar.

Sesión 4: El temido mundo laboral

Esta cuarta sesión se enfoca en uno de los ámbitos que al paciente descrito anteriormente le cuesta enfrentar. Puesto que según refiere, en el momento en el cual acude a una entrevista de trabajo comienza a tener pensamientos repetitivos que le dejan en blanco y no puede presentarse a las entrevistas. A consecuencia de ello, se plantean en esta sesión diferentes dinámicas con los objetivos de:

- Informar al paciente de los diferentes portales de empleo y/o cursos de formación que puede realizar
- Proporcionar al paciente técnicas de relajación ante una entrevista de trabajo
- Ofrecer pautas a través de un *role playing* entre profesional y paciente en el cual se muestren diferentes habilidades sociales a la hora de abordar una entrevista de trabajo.

En función de lo anteriormente planteado, en esta sesión se establecen tres dinámicas a ejecutar. Estas son: ***Información de interés, ¿Cómo nos relajamos? y Role playing.***

Con el objetivo de dar comienzo a esta cuarta sesión, al paciente se le debe presentar en primer lugar la dinámica ***Información de interés.***

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* dar a conocer al paciente diferentes herramientas para la búsqueda activa de empleo.
- *Material:* ordenador utilizado por la Unidad de Trabajo Social, folio y bolígrafo o bien, se permite el uso del teléfono.
- *Tiempo:* 15 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* la actividad propuesta tiene carácter mayormente informativo. En él, la Trabajadora Social comenzará preguntando cuestiones como, por ejemplo: cuántos portales de empleo conoce, si se encuentra inscrito, si se plantea realizar cursos formativos (en cuyo caso, se le ayudará en la búsqueda de los cursos y se le facilitará la inscripción en ellos). Durante esta actividad, se pedirá al paciente que aquello que desconozca lo escriba en un folio para posteriormente poder informarse de forma más extensa acerca de los puestos de empleo o cursos ofertados. En caso de tener dudas posteriores, la Trabajadora Social le proporcionará la información pertinente velando por la satisfacción de las necesidades del paciente que está atendiendo.

A partir de esta primera parte, se plantea la segunda dinámica denominada ***¿Cómo nos relajamos?***

- *El objetivo que se pretende conseguir es que:* el paciente logre adquirir técnicas de relajación en las

cuales ante una entrevista de trabajo se concentre en el presente de manera distendida y consiga acudir a las entrevistas de manera satisfactoria.

- *Material:* colchoneta.
- *Tiempo:* 20 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* en primer lugar, se pedirá al paciente que busque una posición en la cual se sienta relajado y cómodo. Una vez que el paciente se encuentre en una posición cómoda se pedirá que se centre única y exclusivamente en la respiración. Es por ello, que se le propondrá al paciente 30 respiraciones completas inhalando y exhalando por la nariz. La cantidad de aire que inhale dependerá de sus ritmos, no obstante, se le recomendará que al principio proceda a inhalar un poco más de aire de lo que tomaría de forma natural y de esa manera alargue el tiempo empleado a la exhalación sintiendo mientras se vacía que también se disuelve la tensión acumulada en el cuerpo a consecuencia de los pensamientos intrusivos que le generan malestar. Así mismo, se le pedirá que si existen pensamientos intrusivos persistentes poco a poco procure convertirlos en frases positivas facilitando que el paciente se logre empoderar de cara a la entrevista que tenga pendiente. En este caso, se recomienda que el ejercicio se realice de manera habitual e incluso que aquellos pensamientos negativos que pueda convertir en positivos los anote en un cuaderno el cual se nutra solamente de frases positivas que de cara a la siguiente entrevista que deba realizar sean una muestra de que puede vencer esos pensamientos.

En tercer lugar, en esta sesión se presenta la dinámica de ***Role playing***.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* adquirir habilidades sociales ante una entrevista de trabajo.
- *Material:* ninguno.
- *Tiempo:* 25 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* se plantea de manera que la Trabajadora Social adquiera el rol de entrevistadora de un hipotético empleo en el cual el paciente (en este caso, entrevistado) quiere formar parte. Es por ello que, en función de la manera en la cual se adopte la entrevista, esta puede dar pie a que la Trabajadora Social perciba carencias en la manera en la cual procede el paciente a la hora de responder a las cuestiones y además, se pretende que el paciente pueda adquirir práctica y aprender de los fallos que percibe la Trabajadora Social en base a su comportamiento y expresión en una entrevista de trabajo. Ello ayudará a su vez a que el paciente reflexione cuál o cuáles serían las respuestas o comportamientos más adecuados.

Sesión 5: Nos relacionamos con el entorno

Esta quinta sesión tiene como objetivo principal:

- Facilitar al paciente una mejoría en su estado de ánimo a través de la realización de actividades que le proporcionen herramientas a la hora de relacionarse con los demás.

Por otra parte, en esta sesión otro de los objetivos que se pretenden alcanzar es:

- Realización de un plan diario a través del cual el paciente encuentre una manera más sencilla de decidir cómo programar su día a día.

En función de lo anteriormente planteado, en esta sesión se establecen tres dinámicas a ejecutar. Estas son: ***Habilidades sociales, Técnica RIP y Diario de positividad.***

Con el fin de dar comienzo a esta sesión, al paciente se le debe presentar en primer lugar la dinámica **Habilidades sociales**.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* identificar a las personas más significativas de la vida del paciente, identificar las habilidades que resultan ser una fortaleza a la hora de relacionarse con los demás e identificar las habilidades que le gustaría mejorar.
- *Material:* folio impreso con la información a completar y bolígrafo.
- *Tiempo:* 25 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* la actividad propuesta consiste en que la profesional que lleva a cabo esta sesión, es decir, la Trabajadora Social entregará al paciente un folio en el cual aparecen tres circunferencias dentro de las cuales hay una pregunta en cada uno. Así mismo, dicha circunferencia estará rodeada por flechas en dirección externa a la circunferencia en las cuales el paciente deberá escribir aquello que se le pedirá a partir de la circunferencia (véase en el anexo V). Una vez completadas las circunferencias se pedirá al paciente de forma oral que exprese aquello que ha escrito. Además, deberá justificar por qué lo que ha escrito considera que es así o bien debería hacerlo de otro modo. A ello hay que añadir que la Trabajadora Social procurará dar el consejo más oportuno en base a lo que exprese el paciente.

A partir de esta primera parte, se plantea la segunda dinámica denominada **Técnica RIP**.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* fomentar la comunicación efectiva, la empatía, la comprensión y la comunicación asertiva del paciente en cualquier contexto interpersonal que se le presente.
- *Material:* tarjetas de roles, cuaderno y bolígrafo.
- *Tiempo:* 20 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* la actividad propuesta consiste en proporcionar al paciente diferentes tarjetas con roles asignados con la finalidad de que el paciente represente diferentes perspectivas o posiciones que puede tomar una conversación. Estos roles pueden estar relacionados con diferentes perspectivas, como por ejemplo: emociones, opiniones, necesidades o puntos de vista sobre una temática determinada. Así pues, estas tarjetas permiten al paciente percibir un punto de vista específico desde el cual poder abordar la conversación. Con lo cual, paciente y profesional mientras interactúan, aplican la técnica RIP con el objetivo de revisar lo que se ha dicho, cuestionar para entender mejor las perspectivas del que tiene enfrente y finalmente, predecir posibles resultados. Al finalizar todo ello, el paciente debe escribir en un cuaderno cómo se sintió al adoptar diferentes roles. En este caso, cumpliendo con el tiempo estimado para la realización de esta técnica, se pretende proporcionar al paciente 4 tarjetas de roles.

La tercera dinámica que se realizará en esta quinta sesión se denomina **Diario de positividad**.

- *El objetivo que se pretende conseguir es que:* el paciente aprenda a estructurarse y organizarse el día. Así mismo, esta dinámica pretende prolongarse en el tiempo para que el paciente pueda realizar un seguimiento del estado de ánimo que presenta, registrar las actividades que le resulten placenteras y recordar las actividades y/o compromisos que tenga pendientes.
- *Material:* plantilla de calendario semanal (véase en el Anexo VI) y bolígrafo.
- *Tiempo:* 15 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* la Trabajadora Social le explicará al paciente la importancia que tiene el organizarse los días. Es por ello que, a modo de ejemplo le entregará un calendario semanal en el

cual deberá anotar actividades planeadas hasta ese momento y al finalizar el día correspondiente deberá expresar en la parte trasera del calendario cuáles han sido los momentos más satisfactorios que ha tenido ese día. Finalmente, se ha de destacar que, al integrar esta dinámica en el tratamiento, se puede promover un alto sentimiento de control y bienestar en la vida diaria.

Sesión 6: ¿Charlamos?

Los objetivos que se presentan en esta sexta sesión son los siguientes:

- Acompañamiento al paciente a la asociación AFDA
 - Conceder al paciente la oportunidad de experimentar curiosidad y satisfacción tras la visita a AFDA la cual llegue a contribuir al aumento del bienestar emocional del paciente
 - Contribuir a fomentar en el paciente el sentimiento de enfrentarse a nuevas situaciones en las cuales debe aprender a adaptarse al entorno
 - Socializar con los usuarios de la asociación con el objetivo de contrarrestar la sensación que el paciente presenta de aislamiento con respecto a grupos sociales
 - Asistir a una charla impartida acerca de la prevención del suicidio. A su vez tiene como objetivo la psicoeducación del paciente acerca de esta temática
- *Material:* ninguno.
- *Tiempo:* a modo excepcional esta sesión ampliará su horario puesto que la charla tiene duración de 1 hora y previamente junto al paciente se pretenden visitar las instalaciones que esta asociación presenta. Además, se le explicarán los recursos a los que se puede acceder, por lo tanto, en la totalidad de la sesión se prevé que dure 1 hora y media aproximadamente.
- *Desarrollo de la dinámica:* esta sexta sesión será realizada en la asociación AFDA. Esta entidad se presenta como una entidad sin ánimo de lucro reconocida de utilidad pública destinada a la mejora del bienestar y la salud emocional y física. La finalidad que en esta asociación tienen es: prestar apoyo y atención psicoterapéutica para personas que padecen ansiedad, depresión o cualquier problema o dificultad emocional y para personas que quieren trabajar en la promoción de su salud anímica (AFDA, s.f). De esta manera, el desarrollo de esta sesión parte del acompañamiento que realizará la Trabajadora Social al paciente a dicho recurso. Una vez hayan llegado a la asociación se realizará una visita por las instalaciones explicando qué actividades y servicios prestan en esta entidad. Seguido a esto, el paciente acudirá a la charla psicoeducativa de prevención del suicidio en la cual conocerá a gente y posiblemente llegue a plantearse en un futuro asistir a las actividades impartidas en esta entidad.

Sesión 7: Límites

Esta sesión irá enfocada a las relaciones de pareja, en concreto, a la dependencia emocional que se genera en muchas de las parejas existentes en la sociedad actual. En este caso, en las entrevistas previas, el paciente manifestó que en su relación de pareja existía cierta dependencia emocional. Por lo tanto, a través de esta intervención también se debe abordar este ámbito, por lo que los objetivos que se pretenden alcanzar a través de esta sesión son los siguientes:

- Invitar a reflexionar al paciente acerca del tipo de relación afectiva en la cual se halla
- Ayudar a comprender mejor las propias necesidades y emociones del paciente
- Establecer límites saludables, así como respetar la autonomía del paciente

En función de lo anteriormente planteado, en esta sesión se establecen tres dinámicas a ejecutar. Estas son: **Biografía emocional**, **¿Quién soy yo?** y **Cartas a uno mismo**.

Con el fin de dar comienzo a esta séptima sesión, al paciente se le debe presentar en primer lugar la dinámica **Biografía emocional**.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* tomar conciencia de las pautas emocionales que se han ido desarrollando y cómo estos influyen en la relación de pareja que el paciente tiene.
- *Material:* folios, bolígrafos de colores.
- *Tiempo:* 20 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* se pedirá al paciente que escriba un relato sobre las emociones que ha experimentado a lo largo de su vida, identificando con un bolígrafo de diferente color aquellas situaciones que provocaron las emociones anteriormente mencionadas por él. Así mismo, tendrá que identificar con otros dos colores diferentes las personas que resultaron estar involucradas y las formas de afrontar aquellos acontecimientos.

La segunda dinámica de la sesión se denomina **¿Quién soy yo?**

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* reforzar la autoestima y la identidad del paciente, así como identificar los desacuerdos y limitaciones entre uno mismo y la pareja.
- *Material:* folio y bolígrafo.
- *Tiempo:* 20 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* se pedirá al paciente la elaboración de un listado en el cual aparezcan los siguientes ítems; características personales, valores, metas y aficiones, todo ello sin tener en cuenta la opinión o influencia de la persona con la cual mantiene vínculos afectivos. Una vez finalizada esta dinámica, la Trabajadora Social le pedirá al paciente que este ejercicio sea planteado a su correspondiente pareja. De tal forma, que él mismo podrá contrastar la existencia o no de similitudes en el pensamiento de su pareja.

La tercera dinámica que se plantea se denomina **Cartas a uno mismo**.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* favorecer el diálogo interno del paciente, el autoapoyo y la autoaceptación.
- *Material:* folio y bolígrafo.
- *Tiempo:* 20 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* desde Trabajo Social se le pedirá al paciente que escriba cartas dirigidas así mismo, en las cuales exprese lo siguiente: pensamientos, deseos, sentimientos, logros, agradecimientos y consejos que quiera transmitir. El folio se dividirá en dos apartados, en el primero de ellos se expresarán los anteriores ítems en función de lo que el paciente ha vivido hasta este momento. En el segundo apartado se expresarán los anteriores ítems en función de lo que espera en su futuro. En los cinco o diez minutos previos a que finalice la sesión (en función de la rapidez que presente el paciente), la Trabajadora Social le hará reflexionar en base a lo que ha escrito en el folio.

Sesión 8: Nos despedimos

Esta sesión va enfocada a dar finalización a la intervención llevada a cabo con el paciente en cuestión. Es por ello, que los objetivos que se plantean son los siguientes:

- Realizar la valoración de las sesiones
- Realizar las escalas iniciales
- Despedir el recurso

A continuación, se explicarán las dinámicas llevadas a cabo para esta sesión. La primera de ellas se denomina **Evaluamos**.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* valorar la opinión del paciente respecto a las sesiones impartidas en el recurso.
- *Material:* Cuestionario de satisfacción (véase en el anexo VII).
- *Tiempo:* 15 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* proporcionar al paciente el cuestionario pertinente. Deberá rellenarlo y en caso de que exista alguna información que resulte de interés que quiera comentar, lo puede hacer escribiendo en la parte trasera del cuestionario.

La segunda dinámica que se imparte en esta última sesión se denomina **Retroceso al punto de partida**. Con esta dinámica no se pretende establecer en el paciente las mismas pautas a la hora de proceder ante cualquier acontecimiento en el cual se vea involucrado, sino que se invita a reflexionar acerca de los cambios que el paciente ha experimentado y que actualmente puede percibir en su forma de ver el mundo con respecto al pasado.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* valorar el cambio producido en el paciente tras la asistencia al recurso hospitalario.
- *Material:* Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y escala de ideación suicida.
- *Tiempo:* 30 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* se proporcionará al paciente una copia de los dos instrumentos de evaluación de su caso en los cuales los resultados en esta segunda realización se espera que sean diferentes con respecto a las primeras respuestas recogidas. Así mismo, a través de esta dinámica, la Trabajadora Social le realizará tres cuestiones que invitarán al paciente a reflexionar y expresar sus experiencias. Estas son:
 - ❖ Previo a acudir al recurso ¿cómo consideras que estabas?
 - ❖ ¿Cómo te han hecho sentir las sesiones llevadas a cabo?
 - ❖ ¿Desde la primera sesión notas que ha habido un apreciable cambio?
 - ❖ En un futuro, si necesitas ayuda ¿conoces los diferentes recursos que pueden ayudarte? y en este caso, ¿los reclamarías lo antes posible?

Finalmente, la tercera dinámica planteada se denomina **La despedida**.

- *El objetivo que se pretende conseguir es:* despedir el recurso de manera distendida.
- *Material:* comida y bebida.
- *Tiempo:* 15 minutos.
- *Desarrollo de la dinámica:* momento final en el cual se despide al paciente con una pequeña merienda.

4.3. CRONOGRAMA

A continuación, se muestra el cronograma seguido. En él se marcan las fases y sesiones elaboradas a partir del recurso *Cuídate* llevado a cabo en el Hospital Clínico Lozano Blesa para pacientes con trastorno

depresivo e ideación autolítica.

Septiembre

L	M	M	J	V	S	D
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	1

Octubre

L	M	M	J	V	S	D
25	26	27	28	29	30	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31	1	2	3	4	5

Noviembre

L	M	M	J	V	S	D
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	1	2	3

Diciembre

L	M	M	J	V	S	D
27	28	29	30	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Tabla 1. Cronograma de la intervención

-  Observación del campo de estudio
-  Sesión 4. El temido mundo laboral
-  Elección del participante y realización de entrevistas
-  Sesión 5. Nos relacionamos con el entorno
-  Evaluación inicial del participante
-  Sesión 6. ¿Charlamos?
-  Sesión 1. Conozcámonos
-  Sesión 7. Límites
-  Sesión 2. Paso a paso
-  Sesión 8. Nos despedimos
-  Sesión 3. Aspectos básicos
-  Seguimiento

5. CONCLUSIÓN

El trastorno depresivo, entendido como sentimientos de tristeza y/o disminución del interés o del placer en las actividades que presentan una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad normal de la persona (Coryell, 2022). Los trastornos depresivos pueden afectar a cualquiera y en base a esto último se destaca que la prevalencia de la depresión es de las más elevadas entre las enfermedades psiquiátricas. Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión. Así mismo, la depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (OMS, 2023). A consecuencia de esto, cabe destacar que el concepto de ideaciones autolíticas se relaciona en cierta medida con el término anteriormente mencionado, y es que no se debe olvidar que el 90% de los intentos de suicidio suele tener de base algún trastorno mental, patología o condición incurable. El trastorno mental más común en los casos de suicidio es la depresión, por lo que más del 65% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (Briongos Hernández et al., 2021).

Por otro lado, el objetivo principal que se planteó fue diseñar una intervención dirigida a mejorar la situación sociosanitaria de los pacientes con trastorno depresivo con ideaciones autolíticas desde el Trabajo Social Sanitario mediante la creación de un recurso nuevo llevado a cabo desde el Hospital Clínico Lozano Blesa. El recurso tenía como objetivo alcanzar un adecuado manejo del trastorno depresivo en relación con las ideaciones autolíticas potenciando sus propios recursos y capacidades, con el fin fundamental de favorecer la calidad del paciente con el cual se realizó la intervención.

Por otra parte, en la creación de dicha intervención se configuraron diversos objetivos a lograr con la ejecución de la intervención planteada; dichos objetivos se constituyeron en base al objetivo principal anteriormente mencionado. Por lo que, los objetivos específicos básicamente eran, generar un espacio libre donde el paciente pudiera compartir experiencias personales con relación a su estado anímico y/o ideaciones autolíticas; facilitar su integración en el entorno social fomentando su autoestima y otros aspectos trabajados durante las sesiones y mantener las conductas de la persona a través del seguimiento continuo de la Unidad de Trabajo Social.

Dentro de las principales fortalezas de la intervención propuesta se puede destacar su adaptabilidad a casos similares, ya que a pesar de haber sido desarrollada para un paciente en concreto, se podría generalizar a pacientes que presenten la misma patología. Además, este recurso supone un refuerzo a las dinámicas desarrolladas desde el Hospital de Día, por lo que, a la hora de realizar el diseño, establecer los horarios, recursos y disponibilidad de espacios no existe problemática alguna para que no se pueda llevar a cabo el proyecto propuesto. Otra de las fortalezas que se pueden destacar son las diversas dinámicas desarrolladas en cada una de las sesiones. Es decir, a través del recurso se pretenden abordar diferentes ámbitos problemáticos en los cuales se ve envuelto el paciente con el cual se está trabajando. Las sesiones creadas en el recurso son sesiones individuales y específicas en función de las problemáticas del paciente con el cual se interviene. Finalmente, se destaca el bajo coste económico que supone en cuanto a materiales a utilizar durante las sesiones.

Ahora bien, en el proyecto no solamente existen fortalezas, sino que también se pueden observar algunas limitaciones. La primera de ellas es que no es una intervención generalizable a cualquier paciente o patología, aunque sí que podría servir a modo de ejemplo para otros proyectos, ya que las dinámicas

realizadas son fácilmente adaptables a diferentes contextos (al menos algunas de las primeras dinámicas sí que podrían utilizar en diferentes contextos).

De este modo, a través del presente TFG se ha querido enfatizar en la importancia de la expresión de emociones, el autocuidado y la psicoeducación en pacientes con este perfil clínico. En definitiva, cabe resaltar la fuerte necesidad que existe de aplicar proyectos así en centros hospitalarios y que estos sean coordinados por la Unidad de Trabajo Social. En la actualidad, son muchos los factores que desencadenan el surgimiento de un mayor número de personas con trastornos depresivos, así mismo, muchos de estos pacientes presentan a su vez ideaciones autolíticas que conviene ser tratadas. Es por este motivo que, se debería prestar una mayor atención al cuidado de la salud mental fundamentalmente en perfiles con trastorno depresivo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Recuperado de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Aguilar, M. (s.f.). *Trastorno depresivo mayor: Un enfoque clínico y farmacológico* [Tesis de psiquiatría y psicología médica, Universidad de Salamanca]. Recuperado de: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/127378/DPPMMLHM_AguilarSanchez_TrastornodepresivoL.pdf?sequence=1

Alonso, C., Aznar, D., Varona, L., (2021). Prevención y cuidados de enfermería en pacientes con ideas autolíticas. *Revista Sanitaria de Investigación*, 42 (3), 334-341). Recuperado de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-y-cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-ideas-autoliticas/>

Asociación de apoyo al tratamiento de ansiedad y depresión de Aragón (s.f.). *Conócenos*. Recuperado de: <https://asociacionafda.com/>

Bulbena, A., Berrios, G., Fernández de Larrinoa, P., et al. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 225-244). Barcelona: Masson S.A.

CODEM. (s.f.). *Ideación suicida y acciones autolíticas*. Recuperado de: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/84C75299-E4E0-480D-8559-940601273047/147c8646-bb57-4e4f-b5f9-fbc0a6606a64/iideaccion_autolitica.pdf

Colegio Oficial de Psicólogos de España. (2013). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Comité para la Prevención y Tratamiento de las Depresiones (PTD España). (1992). *Diagnóstico precoz y tratamiento de las depresiones: Manual guía para el médico práctico*. Barcelona.

Confederación Salud Mental España (s.f.). *Afrontar la depresión: Guía para personas con depresión y sus familiares*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Afrontarladepresion.pdf>

Confederación Salud Mental España. (2013). *Guías de autoayuda para la depresión y la ansiedad*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>

Consejo General de la Psicología de España. (s.f.). *Guía de actuación ante conductas autolíticas y suicidio*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-SUICIDIO-ACTUACION-CONDUCTAS-AUTOLITICAS.pdf>

Copín, B., Rica, E., Rubio, J., et al. (2023). *La situación de la Salud Mental en España 2023*.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Manual de clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud - 10ª Revisión (CIE-10). Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1>

Estramiana et al. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68 (2), 333-348.

Recuperado de: <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328/334>

Espacio Logopédico. (s.f.). Glosario de trastornos del espectro autista.

Recuperado de: <https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?id=227>

Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. En: Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P (eds). *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 225-244). Barcelona: Masson S.A. 2000.

Fernández & Ponce de León (2005). *El proceso de intervención del Trabajo Social con casos: una enseñanza teórica-práctica para las escuelas de Trabajo Social*. UNED.

Fernández, Tomás & Tamaro, Elena. «Biografía de Michel Foucault». En *Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea* [Internet]. Barcelona, España, 2004. Disponible en https://www.biografiasyvidas.com/biografia/f/foucault_michel.htm [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2023].

Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, J., Haas, A., et al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25 (6), 482-488. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/da.20321>

Garcés Trullenque, E. M. (2007). La especificidad del Trabajo Social en Salud Mental: ¿un rol reconocido? *Trabajo Social y Salud*, (56), 309-332.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento*. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf

Guillén, E., Gordillo, M., Fernández, I., et al. (2013). ¿Depresión o evolución?: Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y a la adolescencia. *Psicología positiva: desarrollo y educación*, 2 (1), 499-506.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852173034.pdf>

Haro, M., Palacín, C., Vilagut, G., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126 (12), 445-451.

Hernández, B. (s.f.). *El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: Una reflexión sobre el papel de las familias*. Documentos de Trabajo Social.

Hidrobo, F., Cruz, M. del R., Jaramillo, E., Meneses, S., et al., (2016). La depresión y su relación con el intento autolítico. *Enfermería Investiga*, 1 (2), 63–72. Recuperado de: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/769>

Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” (s.f). *Organigrama*. <http://www.hcuz.es/web/hospital-clinico/general>

Macip, S., Díaz, A., Ortiz, S., et al. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23 (2), 21-30.

Ministerio de Sanidad. (2020). Salud mental: Datos estadísticos. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Moutier (2023). *Lesión autolítica no suicida*. Manual MSD. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autoleiva/lesi%C3%B3n-autol%C3%ADtica-no-suicida>

Muñiz, J., & Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.

Piñeiro, E. (2005). Observación participante. Una introducción. *Revista San Gregorio*, 1 (1), 80-89.

Sarró-Maluquer, M., Ferrer-Feliu, A., Rando-Matos, Y., et al. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*, 39 (7), 354-360.

Universidad Complutense de Madrid. (2021). Noticias del Día Mundial de Prevención del Suicidio en UCM. Recuperado de: <https://www.ucm.es/otri/noticias-dia-mundial-prevencion-suicidio-ucm>

Universidad de Valladolid (2014). La exclusión social y los trastornos mentales. De la enfermedad a la salud mental. *Trabajo de fin de grado*, Universidad de Valladolid.

Vargas & Saavedra (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista neuropsiquiátrica*, 75 (1), 19-28. Recuperado de: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1539/1567>

7. ANEXOS

ANEXO 1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Tristeza

- No me siento triste/a
- Me siento triste/a
- Me siento triste/a continuamente
- Me siento tan triste o tan desgraciado/a que no puedo soportar esto

Desánimo

- No me siento especialmente desanimado/a de cara al futuro
- Me siento desanimado/a de cara al futuro
- Siento que no hay nada por lo que luchar
- El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

Fracaso

- No me siento como un/a fracasado/a
- He fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
- Soy un/a fracasado/a total como persona

Satisfacción

- No me siento como un/a fracasado/a
- No disfruto de las cosas como antes
- Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
- Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

Culpabilidad

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

Castigo

- No creo que esté siendo castigado/a
- Siento que quizá esté siendo castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Siento que estoy siendo castigado/a

Descontento

- No estoy insatisfecho/a de mí mismo/a
- Estoy descontento/a de mí mismo/a
- Estoy a disgusto conmigo mismo/a
- Me detesto

Autocrítica

- No me considero peor que cualquier otro/a
- Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores
- Continuamente me culpabilizo por mis faltas
- Me culpabilizo por todo lo malo que sucede

Suicidio

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
- Desearía poner fin a mi vida
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad

Llorar

- No lloro más de lo normal
- Ahora lloro más que antes
- Lloro continuamente
- No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

Irritación

- No estoy especialmente irritado/a
- Me molesto e irrito más fácilmente que antes
- Me siento irritado/a continuamente
- Ahora no me irrita en absoluto las cosas que antes me molestaban

Interés por los demás

- No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesado/a en los otros que antes
- He perdido gran parte del interés por los demás
- He perdido todo interés por los demás

Toma de decisiones

- Tomo mis propias decisiones igual que antes
- Evito tomar más decisiones que antes
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- Me es imposible tomar decisiones

Aspecto

- No creo tener peor aspecto que antes
- Estoy preocupado/a porque parezco envejecido/da y poco atractivo/a
- Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo/a
- Creo que tengo un aspecto horrible

Actividad

- Trabajo igual que antes
- Me cuesta más esfuerzo del normal empezar a hacer algo
- Debo de obligarse a mí mismo para hacer algo
- Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

Dormir

- Duermo tan bien como siempre
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo normal y me cuesta volver a dormir
- Me despierto varias horas antes de lo normal y ya no puedo volver a dormir

Cansancio

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

Apetito

- Mi apetito no ha disminuido
- No tengo tanta hambre como antes
- Ahora tengo mucho menos hambre
- He perdido completamente el hambre

Peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2 kilos
- He perdido más de 4 kilos
- He perdido más de 7 kilos
- Estoy tratando intencionalmente de perder peso comiendo menos

Salud

- No estoy preocupado por mi salud
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc; el malestar del estómago o los resfriados
- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

ANEXO II. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

1. *Deseo de vivir*
 0. Moderado a fuerte
 1. Débil
 2. Ninguno

2. *Deseo de morir*
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

3. *Razones para vivir/morir*
 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
 1. Aproximadamente iguales
 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

5. *Deseos pasivos de suicidio*
 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*
 0. Breve, períodos pasajeros
 1. Por amplios períodos de tiempo
 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*
 0. Raro, ocasional
 1. Intermitente
 2. Persistente o continuo

8. *Actitud hacia la ideación/deseo*
 0. Rechazo
 1. Ambivalente, indiferente
 2. Aceptación

9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out*
 0. Tiene sentido del control
 1. Inseguro
 2. No tiene sentido del control

10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*
 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11. *Razones para el intento contemplado*
 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*
 0. No considerado
 1. Considerado, pero detalles no calculados
 2. Detalles calculados/bien formulados

13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 2. Método y oportunidad accesibles
 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
 1. Inseguridad sobre su valor
 2. Seguros de su valor, capacidad
-
15. *Expectativas/espera del intento actual*
 0. No
 1. Incierto
 2. Sí
-
16. *Preparación actual para el intento contemplado*
 0. Ninguna
 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
-
17. *Nota suicida*
 0. Ninguna
 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
 2. Nota terminada
-
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
 0. Ninguno
 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
-
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
 0. Reveló las ideas abiertamente
 1. Frenó lo que estaba expresando
 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

ANEXO III. PLANTILLA DE ANÁLISIS DAFO

PLANTILLA PARA EL ANALISIS D.A.F.O.

NOMBRE DE LA FAMILIA / USUARIO

FECHA Y LUGAR

NOMBRE DE LA PERSONA/ PROFESIONAL QUE LO REALIZA

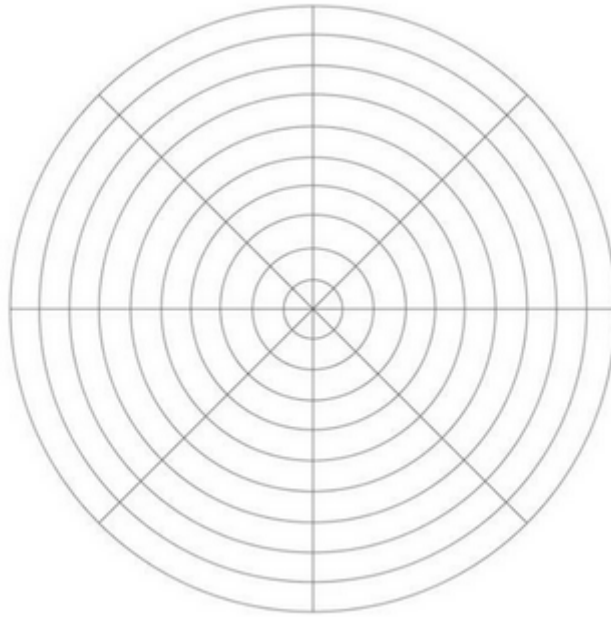
1º (Vertiente): ANALISIS DEL ENTORNO Y/O INSTITUCIÓN DE AYUDA.

Debilidades	Amenazas	Fortalezas	Oportunidades

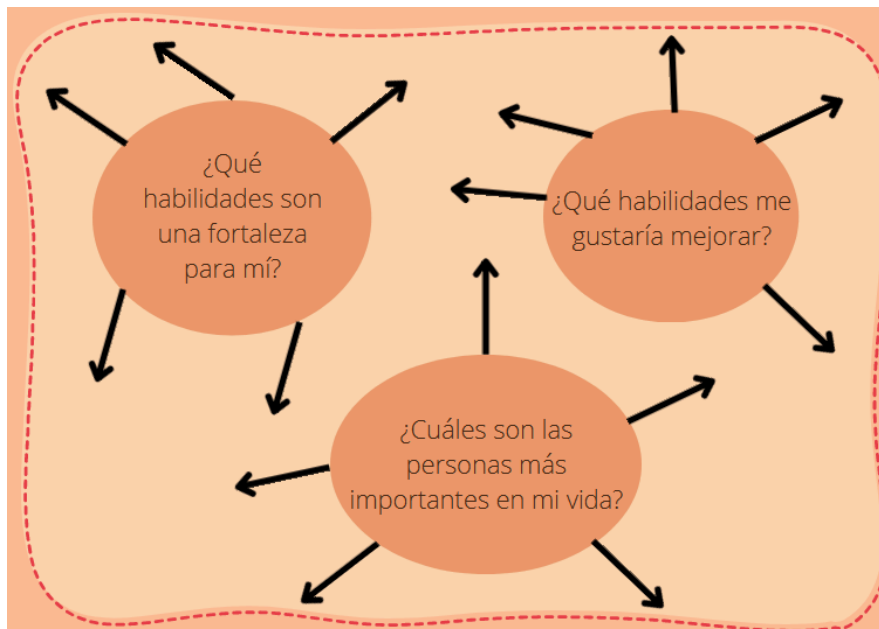
2º (Vertiente): ANALISIS DE LA FAMILIA O DE LA PERSONA

Debilidades	Amenazas	Fortalezas	Oportunidades

ANEXO IV. LA RUEDA DE LA VIDA



ANEXO V. HABILIDADES SOCIALES



ANEXO VI. PLAN DIARIO

WEEKLY PLANNER

	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT	SUN
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							

ANEXO VII. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1. ¿Se encuentra satisfecho con el equipamiento y las instalaciones del recurso hospitalario?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Del 1 al 10, ¿cuánto de útiles te han sido los conocimientos impartidos en el recurso?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Qué tan bien le fueron explicados los procedimientos, los riesgos y beneficios del recurso hospitalario?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ¿Crees que han sido suficientes las horas dedicadas a cada dinámica de las sesiones impartidas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿Te han parecido adecuados los ámbitos de abordaje trabajados en el recurso?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. ¿Qué tan profesional y agradable fue el profesional que le atendió en el recurso?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. ¿Qué tan probable es que recomiende el recurso hospitalario a otros pacientes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----