



Universidad
Zaragoza

Programa de Prevención de la depresión en pacientes adultos con
un episodio previo de infarto de miocardio

Berta Ramón Delmás
Grado de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Universidad de Zaragoza

Tutor:
Juan Francisco Roy Delgado

Índice

1. Introducción.....	pág.3-6
2. Método.....	pág.7
2.1 Objetivos.....	pág.7
2.2 Beneficiarios.....	pág. 7-8
2.3 Localización.....	pág. 9
2.4 Instrumentos.....	pág.9-10
2.5 Procedimiento.....	pág.10-13
2.6 Sesiones específicas.....	pág. 13
2.7 Recursos.....	pág. 14
3. Resultados esperados.....	pág. 15
4. Referencias.....	pág. 16-19
Anexos.....	pág. 20-36

1. Introducción

“Hace más de 10 años ya se publicaron artículos que afirmaban que dado los cambios sociodemográficos e industriales de la sociedad, se ha identificado la depresión como un trastorno característico de la segunda mitad del siglo XX” (Wells et al., 1999).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; afectando a más de 350 millones de personas en el mundo (OMS, 2012). Como es bien sabido, la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Aragonés Piñol, Labad, Folch y Mèlich, 2004). Además, este episodio en el adulto supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social y a su papel como uno de los principales factores de riesgo del suicidio (Vinuesa, 2014).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud llevada a cabo por el Instituto Nacional de estadística (INE) un 14,6 % de la población española estuvo afectada por esta patología (INE, 2013), lo que equivale a 6.815.000 habitantes afectados por esta patología. A partir de esto se puede estimar que en Aragón habría 196.516 personas bajo los efectos de esta enfermedad, suponiendo casi un 2% del total de la población aragonesa.

Según reflejan los datos anteriores se puede afirmar que debido a la alta prevalencia, a su impacto en la salud y en la productividad de las personas y los costes que produce, y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio, la depresión es un desafío tanto para los sistemas sanitarios como para la sociedad (Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, 2014).

Como podemos recordar, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2012). En este sector de la población en riesgo los factores que inciden para que pueda presentarse depresión son: la coexistencia de una enfermedad crónica que genere trastornos psicológicos que conlleva una alteración del ritmo de vida, la separación de la familia y del trabajo, el vivir experiencias percibidas como amenazantes, soledad, sentimientos de inutilidad, interrogantes y falta de información sobre aspectos relacionados con la enfermedad (Achury y Buitrago, 2009).

Será importante para combatir esta alta prevalencia poner en marcha y desarrollar planes específicos de prevención que contribuyan a eliminar o disminuir los factores de riesgo que inciden en la aparición y desarrollo de esta enfermedad; debido a la magnitud epidemiológica de esta patología, su especial tendencia a la cronicidad, el alto índice de comorbilidad que la caracteriza, y el coste personal, social y económico que implica (Vázquez y Torres, 2005). Por ello en el programa que desarrollaremos a continuación, habrá que desarrollar actividades específicas de control y reducción de los factores de riesgo de la depresión para evitar que se manifieste.

Los últimos años, han estado marcados por el interés cada vez más frecuente por la relación entre el corazón y la mente, se ha basado en hallazgos clínicos y en trabajos epidemiológicos sobre el efecto de los factores psicológicos (American Heart Association, 2004). Incluyendo a la depresión como una patología ligada fuertemente a las enfermedades cardiovasculares (Berrio, Rioseco, Vielma, Boggiano, Silva y Saldivia 2000), y considerando que son de las dos primeras patologías en cuanto a prevalencia a nivel mundial para el año 2020 y las principales responsables de mortalidad en población adulta (Lewis, 2002). Muestra de ello, es la asociación entre enfermedad coronaria y depresión que se estima que alcanza el 19% (Thombs, Bass, Ford et al, 2006), siendo ambas responsables de una disminución significativa en la calidad de vida (Liz y Walter, 2007). Otro estudio relevante de Shiotani y cols (2002), donde se pretendió investigar el impacto de los síntomas depresivos en el pronóstico de pacientes con IAM con una muestra de 1042 pacientes; llegando a la conclusión de que esta consecución de enfermedades es un predictor importante de eventos cardiovasculares tras un año de seguimiento (Shiatoni, Sato, Kinjo y cols, 2002).

Además, en base a los datos publicados recientemente (Thombs, Bass, Ford et al, 2006), hay un alto riesgo o una probabilidad más alta de desarrollar una depresión en pacientes que han sufrido un IAM. Documentos técnicos de la OMS, sostienen que es la principal causa de muerte en todo el mundo y se calcula que en 2030 morirán cerca de 23.3 millones de personas (OMS, 2013).

El IAM ocupa cifras elevadas entre los afectados, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011), en el año 2009 las enfermedades isquémicas del corazón (infarto, angina, etc.) ocuparon el primer lugar en número de muertes con 35.000 fallecidos. En Aragón, fallecían en 2008 por este motivo alrededor de 80 personas observando los últimos datos publicados (INE, 2009). *(Ver anexo II)*

Con los datos anteriores, algunos autores recalcan que los pacientes que tienen depresión después del infarto de miocardio tienen una mortalidad significativamente más alta que aquellos que no tienen depresión (Fernández, Martín y Domínguez, 2003). Además de la consecuencia irreversible como es la muerte, los pacientes con episodios de depresión tras un IAM presentaron peor calidad de vida, más afecciones de salud, más síntomas cardíacos (Balk, 2004); sufriendo una alteración en las relaciones interpersonales y afectivas y dificultades en su vida laboral (Achury y Buitrago, 2009).

Tras un evento de esta naturaleza se genera una gran ansiedad por el miedo y peligro que representa el que se vuelva a repetir y además que las consecuencias son terminales (Liz y Walter, 2007). Este episodio de depresión como consecuencia de un IAM lleva consigo un deterioro en la calidad de vida, incrementando además los gastos relacionados con los cuidados de la salud (Strik, Denollet, Lousberg y Honing, 2003). En este contexto surge la rehabilitación cardíaca, que es un proceso multifactorial que incluye en el entrenamiento físico, la educación sanitaria y consultoría conductual y/o psicoterapia (Leon et al, 2005) observando una reducción de riesgos y una modificación del estilo de vida, sin embargo, no existen apenas programas específicos en nuestro entorno que afronten la prevención específica de la depresión en este tipo de pacientes.

Hay que tener en cuenta la importancia sanitaria de ambas, que se proyecta dado el alto grado de discapacidad que producen, en especial a personas en edad productiva, generando así una grave pérdida en materia de vidas humanas y recursos sanitarios y económicos (Lewis, 2002). En este sentido, la depresión e IAM, son dos entidades nosológicas que han sido evaluadas y tratadas desde dos perspectivas terapéuticas independientes. En las predicciones epidemiológicas la relación entre ambas y la

detección de los factores de riesgo y protección comunes son objetivos de máxima prioridad en investigación e intervención sanitaria en la actualidad (Lozano y Jiménez, 2008).

Este tipo de cuestiones se trabaja desde el modelo biopsicosocial de Engel, que se podrá ver reflejada en la prevención de este programa, donde el modelo incorpora al paciente como sujeto; y así deja atrás el modelo clínico anterior. Esta nueva forma de trabajo estimula un conocimiento más integral del paciente y su entorno, integra los hallazgos de las tres esferas (biológica, psicológica y social), reconoce el papel central que desempeña la relación terapéutica en el curso de los acontecimientos, optimiza el trabajo en equipo e incorpora al profesional de salud como una pieza más del sistema que también debe ser cuidada (Borrel I Carrió, 2002).

Por último, señalar que la depresión en los pacientes con IAM es un desafío que involucra la competencia profesional y un trabajo en equipo de cada uno de los profesionales que se encuentran en el transcurso de la hospitalización y programas de rehabilitación cardíaca. (Achury y Buitrago, 2009).

En resumen, se pretende llevar a cabo un programa de prevención para la depresión en pacientes que hayan sufrido un Infarto Agudo de Miocardio previo, con el fin de evitar las consecuencias que estas patologías acarrearán, y las propias derivadas de su interacción.

2. Método

2.1 Objetivos

El objetivo principal de este programa es la prevención de un episodio depresivo en aquellas personas que han padecido previamente un infarto agudo de miocardio en edad adulta. Para ello se plantean los siguientes objetivos secundarios, y así poder realizar sesiones que cubran estos mismos:

1. Promocionar un nuevo estilo de vida saludable
2. Ayudar a conseguir realizar las rutinas de su vida anterior, con las menores secuelas posibles.
3. Fomentar el mantenimiento ó recuperación de las relaciones sociales que tenían antes del infarto, reeducando en habilidades sociales.
4. Prevenir la aparición y/o recurrencia de sintomatología física y psicológica nueva o previa teniendo en cuenta la interacción entre ambas.

2.2 Beneficiarios

El programa va dirigido a un grupo mixto de 20-25 personas entre 50 y 65 años que hayan padecido un infarto agudo de miocardio en los últimos seis meses. Todos los participantes han aceptado voluntariamente la asistencia y participación en el programa. Esta labor tendrá la colaboración y responsabilidad del Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Servicio Aragonés de Salud (SALUD).

Las personas que podrán beneficiarse del programa deberán cumplir los siguientes criterios:

-Criterios de inclusión:

Haber padecido en los últimos seis meses un IAM, y estar dado de alta médica tras el episodio.

Ausencia de diagnóstico actual o previo de trastorno depresivo (*Ver anexo I, los criterios diagnósticos de depresión mayor según dsm-v y cie-10*).

- Criterios de exclusión:

Diagnóstico de psicosis (trastorno de personalidad, trastorno bipolar, trastorno de depresión mayor con episodio psicótico, etc.)

Problemas de abuso de sustancias.

Diagnóstico de trastornos de conducta como déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, etc.

- Criterios de derivación:

Los adultos que presenten los criterios de exclusión anteriores, serán derivados a los servicios sanitarios correspondientes. En el caso de diagnóstico de psicosis se derivarán a atención primaria, pudiéndose derivar a servicios o unidades especializadas en caso que revistan gravedad, como unidades de salud mental. En el caso de abuso de sustancias, se derivarán a los programas especializados o entidades concertadas al respecto (p.e.: Proyecto Hombre). Por último, en el caso de otros trastornos de conducta, se derivarán también a Atención Primaria o unidades especializadas de salud mental, según su caso.

El sector poblacional que se va a ver beneficiado directamente son personas que han permanecido ingresadas en centros hospitalarios del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) por haber sufrido un IAM y además han obtenido el alta médica, aunque sigan acudiendo a revisiones con el cardiólogo correspondiente; que cumplen los criterios de inclusión anteriores y acepten la participación en el programa de manera voluntaria (firma del consentimiento informado).

Los destinatarios indirectos son las personas que no participan presencialmente en el programa, pero se benefician de éste al tener una relación cercana con los destinatarios, en este caso, los destinatarios indirectos del programa son los familiares y allegados del paciente así como el entorno social de los mismos. Además, el programa podrá tener un impacto económico al reducir el consumo de servicios sanitarios y sociales de los usuarios que sean atendidos.

2.3 Localización

El programa se llevará a cabo en la ciudad de Zaragoza, por el motivo de centralizar a la población en un lugar, dado la accesibilidad de la Comunidad Autónoma de Aragón a esta ciudad. Como programa piloto se realizará en el Centro de Salud en concreto de la ciudad o en el lugar que designe el Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del SALUD, con el fin de aunar en un mismo espacio tanto el tratamiento psicológico como el físico (rehabilitación cardiaca) en caso de que este último sea necesario, dónde será necesario contar con una sala específica y unas instalaciones adecuadas donde se permitan hacer todas las actividades previstas.

Una vez medida la eficacia y la efectividad del programa se podrá llevar a cabo en más centros de salud a la vez y poder recoger a más grupos de beneficiarios.

2.5. Instrumentos

Se recogerán todos los datos que sean posibles, analizando el estado de los beneficiarios y así poder descartar otras posibles patologías a través de las siguientes pruebas psicométricas:

Inventario de ansiedad estado-rasgo, *State-Trait Anxiety Inventor: STAI* evalúa los conceptos de ansiedad como estado y ansiedad como rasgo, cada una de ellas con 20 cuestiones. Ansiedad como estado, evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Ansiedad como rasgo, que señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (Spielberger, 1983).

Beck Depression Inventory-2nd ed (BDI-II): esta prueba contiene 21 preguntas que hacen referencia a la tristeza, pesimismo, fracaso, falta de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, falta de interés, indecisión, falta de valor personal, falta de energía, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultades de concentración, cansancio o fatiga y falta de interés en el sexo. Las puntuaciones máximas y mínimas del test son 0-63. Por lo tanto se realizan puntos de corte siendo puntuaciones entre 29 y 63, depresión grave. (Beck et al., 1996).

El cuestionario The Duke-UNK, que evalúa el apoyo social percibido. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo (Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988)

El cuestionario español de calidad de vida en pacientes postinfarto: validado, adaptado a nuestro contexto cultural y utilizado en estos pacientes. Comprende áreas de salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, comportamiento de alerta, reacciones sociales, comunicación, y tiempo de ocio y trabajo; además de cuantificar el total de la calidad de vida del paciente y sus cambios (Velasco, Del Barrio, Mestre y Penas, 1993)

Índice de Barthel o de Discapacidad de Maryland. Evalúa aspectos de discapacidad, dependencia y actividades de la vida diaria.

Dichos instrumentos se administrarán antes del programa de prevención y después del mismo, para comprobar si el programa ha cumplido sus objetivos y puede seguir implementándose en otros centros de esta población.

2.6 Procedimiento.

El proceso de este programa comenzará cuando los usuarios en edad adulta que han sufrido un infarto agudo de miocardio obtengan el alta médica, y no permanezcan hospitalizados. Al ser derivados a consultas externas para un seguimiento cardiológico a otros centros de especialidad y centros de salud; se colocarán unidades de información en estos espacios para ofrecer la participación de estos usuarios al programa de prevención.

Tras proponerles la idea y la finalidad del proyecto, ellos decidirán de manera voluntaria la participación. Además al estar coordinados con los servicios médicos se facilitará esta labor de participación.

Siendo conscientes los pacientes, de que el programa constará de una parte médica e individual que será la rehabilitación cardíaca (RC), y de manera simultánea

otra grupal que tratará de prevenir la depresión como patología y que puedan desarrollar un vida plena. Antes de empezar con ambas partes, se evaluará a cada paciente con varias pruebas psicométricas para indagar sobre los pensamientos, el estado de ánimo, ansiedad, la calidad de vida tras el IAM, la discapacidad y el apoyo social percibido. Además al finalizar el programa se volverán pasar las mismas escalas para observar la mejoría y la efectividad.

Programa de prevención (ver cronograma):

Plan prevención

El presente programa se llevará a cabo por un psicólogo clínico que se coordinará con las sesiones individuales de RC (que supondrán una mejoría fisiológica y la observación directa de la evolución tras el IAM, y que serán dirigidas por un cardiólogo y una enfermera: no se entrarán en explicar en detalle ya que esto no es parte del presente programa).

Las sesiones grupales y las actividades del presente programa estarán bajo la dirección del psicólogo clínico, que aportará apoyo y confianza al paciente, y un conjunto de técnicas para poder controlar las situaciones y canalizar las emociones presentes a lo largo de la vida, conllevando a una repercusión positiva tanto en el aspecto psicológico como un impacto sensible en el físico. En todo momento, existirá una comunicación y un trabajo en equipo por parte de todos los profesionales implicados en la salud de cada usuario.

Las dos primeras y dos últimas sesiones de la prevención tendrán el único objetivo de presentación y evaluación con pruebas de los beneficiarios. El resto de sesiones se manejarán diferentes actividades y dinámicas grupales para también conseguir una confianza y buena comunicación del grupo; se abordan en diferentes módulos:

MÓDULO I: Emociones. Este módulo persigue que los participantes tengan claro el concepto de emoción, sepan identificar las diferentes emociones, expresen la emoción positiva o negativa en diferentes situaciones de manera adecuada, reconozcan como se sienten en el momento actual. Para reforzar esto, se llevarán técnicas de *role-playing* y rondas grupales, incluyendo las explicaciones del profesional.

MÓDULO II: Autoestima. El objetivo principal será que todos los participantes mantengan un buen nivel de autoestima, donde se encuentren bien consigo mismos;

para ello, tendrán que asimilar el concepto, valorar las cualidades positivas de ellos mismos y de sus compañeros, que tengan visión de una vida futura y la conciban de manera positiva. Se trabajará con varias dinámicas grupales.

MÓDULO III: Relajación. El objetivo es controlar el movimiento del cuerpo, centrándose en cada momento en una parte y controlar el ritmo de la respiración. Con ello se quiere que los participantes adopten esta práctica como algo rutinario y conseguir un mayor bienestar tanto físico como mental.

MÓDULO IV: Hábitos saludables. Con este módulo se pretende conseguir un aprendizaje y puesta en práctica de hábitos y actividades de la vida diaria saludables para el día a día como son una alimentación equilibrada, ejercicio físico, un ritmo de vida ordenado, etc.; y así puedan disfrutar una calidad de vida satisfactoria. Una de las actividades tendrá lugar fuera de las instalaciones del lugar de impartición para apoyar la sesión siguiente en materia de habilidades sociales.

MÓDULO V: Habilidades sociales. El objetivo de estas sesiones conocer la importancia de las relaciones sociales y de la comunicación (tanto en la familia, amigos y trabajo). Ofrecer estrategias de interacción social que posibiliten la manifestación asertiva de conductas y emociones dentro del contexto familiar, académico, laboral y socio-cultural.

Cronograma:

El programa de prevención tendrá una duración aproximada de 2 meses, sujeta a posibles cambios eventuales. Cada sesión durará 90 minutos y se realizarán dos días a la semana, contando con un total de 16 sesiones.

ABRIL								
Nº sesión	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8
Módulo	01-abr	06-abr	08-abr	13-abr	15-abr	20-abr	22-abr	27-abr

MAYO								
Nº sesión	Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12	Sesión 13	Sesión 14	Sesión 15	Sesión 16
Módulo	29-abr	04-may	06-may	11-may	13-may	18-may	20-may	25-may

2.7. Sesiones específicas: (Ver anexo V)

2.8 Recursos

Se contará con espacios disponibles del SALUD (2 salas, una para Rehabilitación Cardíaca (programa distinto pero complementario) y otra para sesiones psicológicas). Se utilizarán todos los materiales tanto tecnológicos como materiales para la correcta impartición del programa.

En el aspecto de los recursos humanos, se contará con un facultativo especialista en psicología clínica que administrará y corregirá las escalas y se encargarán de la impartición de las sesiones. Al margen del presente programa, se dispone actualmente de un equipo de cardiología formado por dos cardiólogos y dos enfermeros especializados en cardiología; los primeros llevarán a cabo las consultas y supervisión de la rehabilitación cardíaca, y los dos últimos serán los encargados de la rehabilitación cardíaca.

3 Resultados esperados

Con el programa que se quiere llevar a cabo, contando con el objetivo principal y basándose en la bibliografía consultada, se espera prevenir cualquier episodio o trastorno depresivo ulterior en los adultos que han padecido un IAM previo. Esto se verá indicado principalmente en la ausencia de sintomatología depresiva de la que estos pacientes son característicos al menos entre los seis meses y el año natural tras el evento agudo cardiaco; con unas puntuaciones significativamente bajas en las escalas de depresión y estado de ánimo que se administrarán al principio y al final del programa sin cambios significativos de acuerdo a los protocolos clínicos estándar; y con una mejoría de la salud física.

Con ello, se pretende conseguir que los adultos infartados pese a su enfermedad física puedan llevar una vida normal con una alta calidad de vida; modificando los estilos de vida erróneos del pasado. Así como seguir realizando las rutinas actividades de la vida diaria de su estado anterior con las menores secuelas posibles.

Reforzando las habilidades sociales para mejorar o reimplantar tanto relaciones sociales como laborales, y que el paciente se sienta realizado y satisfecho personalmente tras el incidente.

Por último, se espera mantener una vida activa y normalizada contando con la prevención de la reaparición tanto de la sintomatología física (un posible segundo IAM) como psicológica. De gran importancia es contemplar la interacción de ambas, esto lo indicará la mejoría en el tratamiento de la rehabilitación cardiaca y de la terapia que se ha presentado con anterioridad.

Es fundamental, incidir en la desaparición o disminución de los factores de riesgos, y se espera disminuir significativamente la incidencia del 19% de los pacientes que tienen depresión post IAM.

4 Referencias

- Achury, D., Buitrago, L. (2009). Intervención de enfermería en los pacientes con depresión después de un infarto. *Investigación en enfermería, 11*, 33-52.
- American Heart Association (2004). *Heart disease and stroke statistic*.
- Aragonès E., Piñol J.L., Labad A., Folch S., Mèlich N. (2004). Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med: 34*.
- Asociación Americana de Psicología (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*.
- Balk, D. (2004). Bereavement during adolescence: A review of research handbook of bereavement research consequences, coping and care. *American Psychological Association*.
- Beck et al. (1996). *Beck Depression Inventory-2nd ed (BDI-II)*.
- Berrío, V., Rioseco, P., Vielma, M., Boggiano, G., Silva, L., Saldivia, S. (2000). Prevalencia de vida y 6 meses de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Cautín, Chile. *Rev. Psiquiatría: 2*, 75-86.
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica, 119*.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., Degruy, F., Kaplan, B. (1988) The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care 26*, 709-23
- Cid J, Ruzafa A. et al (2007). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Fernández, E., Martín, D., Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema, 15*, 615-630.

- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Nota de prensa: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2011). *Análisis y estudios demográficos 2009*. Recuperado de: <http://www.ine.es/infoine>
- Leon, A., Franklin, B., Costa, F. Balady, G., Berra, K., Stewart, K. et al (2005). Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Circulation, 111*. En I. Uria, M. Bergaretxe, G. Etxabe, M. Echepelecu, A. Iribarren. La depresión como consecuencia del infarto agudo de miocardio con ingreso en la unidad de cuidados intensivos y la repercusión de la rehabilitación cardiaca. *VII Jornadas de Enfermería del País Vasco: cuidando y progresando*.
- Lewis, M. (2002). *Child and adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Liz, M., Walter, S. (2007). Depresión como factor de riesgo en el post infarto. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina, 165*, 26-28.
- Lozano, L.M., Jiménez, J.M. (2008). *Frecuencia de la depresión en pacientes post infarto agudo de miocardio al momento del evento isquémico y a los tres meses*. (Tesis como requisito para optar al título de especialistas en psiquiatría y medicina interna). Universidad Militar Nueva Granada.
- Méndez, F., Romero, A. (1993). *Terapia conductual y cognitiva*. En F. Méndez, J. Olivares y M. Quilez (2010). *Técnicas de Modificación de Conducta*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. London: The British Psychological Society; 90.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Salud Mental, Depresión*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Factor de riesgo*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Organización Mundial de la Salud (2013). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/

Schultz, J. (1980). *El entrenamiento autógeno: Autorrelajación concentrativa*. Barcelona: Científico Médica. En F. Méndez, J. Olivares y M. Quilez (2010) *Técnicas de Modificación de Conducta*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Shiatoni, I., Sato, H., Kinjo, K. y col. Depressive symptoms predicts 12-months prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. *Cardiovasc Risk*, 9,60-153. En M. Liz, S. Walter (2007). Depresión como factor de riesgo en el post infarto. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 165, 26-28.

Spielberguer, C. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Strik, J., Denollet, J., Lousberg, R., Honing, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *Am Coll Cardiol*, 42. En I. Uria, M. Bergaretxe, G. Etxabe, M. Echepeleacu, A. Iribarren. La depresión como consecuencia del infarto agudo de miocardio con ingreso en la unidad de cuidados intensivos y la repercusión de la rehabilitación cardiaca. *VII Jornadas de Enfermería del País Vasco: cuidando y progresando*.

Thombs, B.D., Bass, E.B., Ford, D.E. y col (2006). Prevalence of depression in survivor of acute myocardial infarction. *Gen Intern Med*, 1. En M. Liz, S. Walter (2007). Depresión como factor de riesgo en el post infarto. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 165, 26-28.

Uria, I., Bergaretxe, M., Etxabe, G., Echepeleacu, M., Iribarren, A. (2012). Efectos de la rehabilitación cardiaca sobre la depresión en el infarto agudo de miocardio. *Enfermería en Cardiología*, 57,26-32.

Uria, I., Bergaretxe, M., Etxabe, G., Echepeleacu, M., Iribarren, A. La depresión como consecuencia del infarto agudo de miocardio con ingreso en la unidad de cuidados intensivos y la repercusión de la rehabilitación cardiaca. *VII Jornadas de Enfermería del País Vasco: cuidando y progresando*.

- Velasco, J., del Barrio, V., Mestre, V., Penas, C (1993). Validación de un nuevo cuestionario para validar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Revista Española de Cardiología*, 46, 552-558.
- Vinuesa, M (2014). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*.
- Vázquez, F., Torres, F. (2005). Prevención del comienzo de la depresión: Estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83.
- Wells, K., Stewart, A., Hays, R., Burnam, M., Rogers, W., Daniels, M., et al. (1999). The functioning and well being of depressed patients: results from the medical outcomes study. *JAMA*, 262, 914-9.

Anexos

Anexo I: Criterios Diagnósticos (DSM-V y CIE-10)

Según DSM-V: Depresión Mayor

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. **Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

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 auto-reproche 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. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

CIE-10: Episodio Depresivo

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida

del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye: Episodios aislados de reacción depresiva. Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2). Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2). Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

Anexo II

Datos defunción población de Aragón por IAM (2009)

	De 50 a 54 años	De 55 a 59 AÑOS	De 60 a 64 años
Aragón			
055 Infarto agudo de miocardio			
Ambos sexos	16	30	27
Hombres	13	25	24
Mujeres	3	5	3
Huesca			
055 Infarto agudo de miocardio			
Ambos sexos	2	7	3
Hombres	1	6	2
Mujeres	1	1	1
Teruel			
055 Infarto agudo de miocardio			
Ambos sexos	2	4	3
Hombres	2	3	3
Mujeres	0	1	0
Zaragoza			
055 Infarto agudo de miocardio			
Ambos sexos	12	19	21
Hombres	10	16	19
Mujeres	2	3	2

Anexo III.

Beck Depression Inventory-2nd ed (BDI-II) Traducido y Modificado por el Centro Internacional de Medicina Avanzada, Servicio de Reumatología. Barcelona (Beck et al, 1996).

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (*Beck Depression Inventory*)

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. a. No me siento triste.
b. Me siento triste.
c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
c. Siento que no tengo nada que esperar.
d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. a. No creo que sea un fracaso.
b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. a. No me siento especialmente culpable.
b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
c. Me siento culpable casi siempre.

- d. Me siento culpable siempre.
6. a. No creo que esté siendo castigado.
b. Creo que puedo ser castigado.
c. Espero ser castigado.
d. Creo que estoy siendo castigado.
7. a. No me siento decepcionado de mí mismo.
b. Me he decepcionado a mí mismo.
c. Estoy disgustado conmigo mismo.
d. Me odio.
8. a. No creo ser peor que los demás.
b. Me critico por mis debilidades o errores.
c. Me culpo siempre por mis errores.
d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9. a. No pienso en matarme.
b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
c. Me gustaría matarme.
d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.
b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
c. Ahora lloro todo el tiempo.
d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
b. Las cosas me irritan más que de costumbre
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.

- c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Retraso la toma de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.

- b. He rebajado más de dos kilos y medio.
 - c. He rebajado más de cinco kilos.
 - d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 - c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Anexo IV

CUESTIONARIO DUKE-UNC

Población diana: Población general.

- 1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares
- 2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
- 5.- Recibo amor y afecto
- 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa
- 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- 8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- 9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- 10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
- 11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

Anexo V- Sesiones específicas

Sesión 1	Actividad Presentación e introducción
Objetivos	Conocer a los profesionales y a los beneficiarios. Explicación de los objetivos del programa y los procedimientos que se van a llevar a cabo. Evaluación mediante las pruebas BDI-II y STAI.
Duración	90 minutos
Material	Inventario BDI-II y STAI en formato papel. Bolígrafos. Proyector y ordenador para la presentación
Descripción	Se realizará una presentación del equipo que va a trabajar en el programa, así como de los beneficiarios que contarán su situación personal. Se explicarán las actividades que se realizarán en el proyecto. Evaluar el estado de ánimo de los participantes y los pensamientos que tienen.

Sesión 2	Actividad- Evaluación
Objetivos	Continuar con la evaluación previa y observar otros parámetros. (DUKE-UNK, Calidad de vida de pacientes postinfarto).
Duración	90 minutos
Material	Cuestionario DUKE-UNK y calidad de vida en formato papel y bolígrafos.
Descripción	Evaluar el apoyo percibido y la calidad de vida que tienes estos usuario. Resolver cualquier tipo de duda que se les presente.

Sesión 3	Actividad - Emociones
Objetivos	Tener mayor conocimiento de las emociones, saber diferenciarlas, y situarse en el momento actual para poder trabajar mejor con ellas.
Duración	90 minutos
Material	Material audiovisual, proyector, fichas de emociones y bolígrafos
Descripción	Con ayuda de material audiovisual se hará una presentación sobre las emociones, sus tipos, maneras de expresarlas... Ronda grupal ¿Cómo me siento en el momento actual? Con ayuda de fichas, describir como se sienten los personajes de las viñetas.

Sesión 4	Actividad - Emociones II
Objetivos	Reconocer e identificar las emociones y saber ponerse en diferentes situaciones con la emoción adecuada
Duración	90 minutos
Material	Material audiovisual, proyector, cartulinas
Descripción	<p>Descripción Por parejas o tríos crearán una situación ficticia y la representarán con la emoción adecuada. <i>Role-playing</i>.</p> <p>A continuación el psicólogo repartirá por parejas unas cartulinas que contendrá escrita una situación. Cada uno elegirá un papel para representarla y cuando finalice se intercambiarán los papeles.</p>

Sesión 5	Actividad- Autoestima
Objetivos	Clarificar el concepto de autoestima. Saber que es alta y baja autoestima, y sus consecuencias.
Duración	90 minutos
Material	Material audiovisual y proyector
Descripción	<p>Con ayuda del material audiovisual se hará una presentación al completo del concepto. Se tratarán todo tipo de dudas.</p> <p>Ronda grupal ¿Cómo tengo el autoestima ahora?</p>

Sesión 6	Actividad – Autoestima II
Objetivos	<p>Profundizar el concepto.</p> <p>Saber expresar las cualidades positivas de uno mismo y las de los demás. Autovaloración del autoconcepto</p> <p>Ser capaz de ponerse metas a largo plazo</p>
Duración	90 minutos
Material	Folios y bolígrafos

Descripción	<p>Trabajar el autoestima a través de dinámicas de grupo: <i>el círculo e imagínate a ti mismo</i>.</p> <p><i>El círculo:</i> Centrarse en las características positivas que poseen sus compañeros: cualidades (por ejemplo, simpatía, alegría, optimismo, sentido del humor, sentido común, solidaridad, etc.), rasgos físicos que les agraden (por ejemplo, un cabello bonito, mirada agradable, una sonrisa dulce, etc.), capacidades. A continuación se colocan en círculo, y cada uno escribe su nombre en la parte superior de un folio y se lo da al compañero de su derecha, así, el folio va dando vueltas hasta que lo recibe el propietario con todos los elogios que han escrito de él sus compañeros.</p> <p><i>Imagínate a ti mismo:</i> ¿Cómo se imaginará su vida dentro de 5 años? Cierran los ojos todos los participantes y el psicólogo lee las siguientes preguntas «¿Cómo te imaginas físicamente dentro de 5 años?», «¿A qué crees que te dedicas?», «¿Qué aficiones tienes?», «¿Con quién vives?», «¿Qué amigos conservas?», «¿Trabajas, donde?», «¿Tienes hijos?», «¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?», «¿Eres feliz?», «¿De qué te sientes más orgulloso?». Tras abrir los ojos, comentar en grupo las respuestas a las preguntas.</p>
-------------	--

Sesión 7	Actividad – Autoestima III
Objetivos	<p>Descubrir las cualidades positivas y sean capaces de reconocerlas.</p> <p>Que sean capaces de compartir sus sentimientos con los demás, y comprobar la satisfacción que todo esto procura.</p>
Duración	90 minutos
Material	Papel, rotuladores, música clásica de fondo
Descripción	<p>Dinámica. <i>Un paseo por el bosque:</i> Dibujen un árbol en un folio, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán las cualidades positivas que cada uno cree tener, en las ramas, las cosas positivas que hacen y en los frutos, los éxitos o triunfos. Tras finalizar, deben escribir su nombre y sus apellidos en la parte superior del dibujo. Los participantes forman grupos de 4 personas y cada uno pondrá en el centro del grupo su dibujo, y hablará del árbol en primera persona, como si fuese el árbol. Se colocarán el árbol en el pecho, de forma que el resto de sus compañeros puedan verlo, y darán un paseo “por el bosque”, de modo que cada vez que encuentren un árbol lean en voz alta lo que hay escrito en el dibujo, diciendo “Tu eres...” A continuación se hace la puesta en común, en el transcurso de la cual, cada participante puede añadir “raíces” y “frutos” que los demás le reconocen e indican.</p> <p>Se comentan la actividad en grupo: - ¿Os ha gustado el juego de interacción?</p> <p>- ¿Cómo os habéis sentido durante el paseo por el bosque?</p> <p>- ¿Cómo habéis reaccionado cuando vuestros compañeros han dicho vuestras</p>

	<p>cualidades en voz alta ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué árbol, además del vuestro, os ha gustado? - ¿Qué compañero ha dibujado un árbol parecido al vuestro? - ¿Cómo os sentís después de esta actividad?
--	--

Sesión 8	Actividad - Relajación progresiva de Jacobson
Objetivos	<p>Conseguir un momento de relajación donde el participante se evada del exterior y se centre en él mismo.</p> <p>Conseguir niveles profundos de relajación muscular como enunció Jacobson en 1929 (Méndez y Romero, 1993). Interiorizarlo para una práctica diaria</p>
Duración	90 minutos
Material	Colchonetas y/o esterillas
Descripción	<p>Tras la explicación de este método, los participantes se tumbarán en las colchonetas y seguirán las directrices el psicólogo. Atendiendo a los ejercicios de relajación y tensión de las partes del cuerpo.</p> <p>Comentar las sensaciones de manera grupal.</p>

Sesión 9	Actividad - Entrenamiento autógeno
Módulo III	
Objetivos	<p>Saber centrarse en la respiración e inducir al sujeto estados de relajación a través de sugerencias sobre sensaciones calor, peso, etc. (Schultz, 1980) Interiorizarlo para una práctica diaria</p>
Duración	90 minutos
Material	Colchonetas y/o esterillas
Descripción	<p>Tras la explicación del método, llevarlo a la práctica en una posición tumbada en las colchonetas.</p> <p>Comentar las sensaciones percibidas de manera grupal.</p>

Sesión 10	Actividad - Hábitos Saludables
Objetivos	Conceptualizar en hábitos de vida saludable y en los factores relacionados con su enfermedad y el bienestar de cada participante
Duración	90 minutos
Material	Material audiovisual
Descripción	Con ayuda del material audiovisual, explicar y comentar la importancia de una vida saludable y como puede conseguirse. Reflexionar y debatir en grupo sobre estos hábitos y como los llevan a cabo cada participante.

Sesión 11	Actividad - Hábitos Saludables II
Módulo IV	
Objetivos	Disfrutar de una actividad al aire libre y observar las sensaciones que produce en cada participante. Conseguir que valoren la importancia del ejercicio físico en sus vidas, y practicarlo con frecuencia
Duración	90 minutos
Material	
Descripción	Esta actividad tendrá lugar fuera del espacio donde se imparte el programa, junto con el psicólogo todos los participantes irán a dar un paseo por la ribera del Ebro. Tras finalizar el recorrido se sentarán en círculo y comentarán que sensación tienen tras haber hecho ejercicio.

Sesión 12	Actividad - Habilidades Sociales
Objetivos	Conceptualizar y contextualizar las habilidades sociales y comunicativas Conseguir comunicación con los compañeros
Duración	90 minutos
Material	Material audiovisual
Descripción	Con el apoyo audiovisual hacer una presentación y un análisis de los factores inherentes a la conducta social del ser humano señalando las pautas más significativas para su adecuado manejo. Características de una persona hábil socialmente. Dinámica " <i>cara con cara</i> ": colocar a todos los participantes en círculo, y formar parejas. El psicólogo nombra diferentes partes del cuerpo que se tendrán que unir con la pareja, por ejemplo: "mano con mano, pié con pié, espalda con espalda, frente con frente, mirada con mirada, etc., en esta última se solicita a los participantes repetir un diálogo tratando

	de sentir al máximo la comunicación y sosteniendo todo el tiempo la mirada con el compañero. Finalizado el diálogo la orden es: “abrazo con abrazo” y en el momento en que estén abrazados se da la orden “cara con cara” momento en el cual cada uno cambia rápidamente de pareja realizando más ejercicios con la dinámica llevada hasta el momento.
--	--

Sesión 13	Actividad - Habilidades Sociales II
Objetivos	Enseñar la importancia de la comunicación no verbal, y las consecuencias de un mal uso de ella. Reconocer los que nos puede perjudicar en el ámbito laboral.
Duración	90 minutos
Material	Material audiovisual, bolígrafos y papel
Descripción	Proyectar la presentación acerca de comunicación no verbal, y observar los vídeos y detectar los elementos de la comunicación no verbal que aparezcan. Prácticas con <i>role-playing</i> . - <i>¿Podemos engañar?</i> Consiste en representar situaciones en las que se vean los elementos de la comunicación no verbal. y Reflexionar y debatirlos en grupo

Sesión 14	Actividad - Habilidades Sociales III
Objetivos	Analizar comunicación y motivación grupal. Promover en los participantes una actitud positiva frente a las personas con quienes comparte su vida.
Duración	90 minutos
Material	Papel y bolígrafos
Descripción	El psicólogo hará pensar a los participantes <i>que piensen como se sienten ante un grupo</i> con preguntas como : cuando entro de nuevo a un grupo me siento..., cuando el grupo empieza a trabajar yo..., cuando estoy en un nuevo grupo solo me siento bien si..., en un grupo siento temores de..., me siento solo en un grupo cuando..., etc. Luego se hace una reflexión grupal, intercambiando las experiencias de los compañeros. La segunda actividad, consiste en escribir en un papel el nombre de una persona querida e importante de cada participante, y escribir los planes que nos gustaría realizar en común. y así se dan cuenta de lo importante que son las personas que tiene a su alrededor y la importancia de mantenerlas.

Sesión 15	Actividad - Finalización y evaluación del programa
Objetivos	Resumen de los contenidos vistos durante el programa Evaluación post. BDI-II y STAI
Duración	90 minutos
Material	Cuestionarios en formato papel y bolígrafos. Material audiovisual
Descripción	Comentar el programa y en caso de quedar dudas sin resolver, tratar sobre ellas. Pasar las escalas BDI-II y STAI

Sesión 16	Actividad - Finalización y evaluación del programa
Objetivos	Evaluación post. Calidad de vida y DUNK. Evaluación del programa
Duración	90 minutos
Material	Cuestionarios en formato papel y bolígrafos
Descripción	Pasar las escalas y la evaluación de finalización del programa. Despedida