

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Depresión y Trabajo Social: un estudio poblacional y propuestas de intervención

Depression and Social Work: a population study and intervention proposals

Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Director: Francisco Galán Calvo

Codirectora: Teresa Ruiz y Vecino

Alumno: David Martín Martín

17/06/2016



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza



Universidad
Zaragoza

RESUMEN: La depresión es una enfermedad que, actualmente, afecta a un gran número de personas y que cada vez se encuentra más extendida en nuestra sociedad. Hemos realizado un estudio de las personas que acuden a la consulta de Trabajo Social en el nivel sanitario de Atención Primaria para comprobar cuántos de estos usuarios sufren depresión, así como otras patologías que supuestamente pueden tener relación, como son la ansiedad, el insomnio o la posibilidad de encontrarnos alguna pluripatología, clasificando a este grupo de la población por género y por rango de edad. También hemos propuesto posibles intervenciones para hacer frente a esta enfermedad con los recursos de los que se dispone desde el nivel más básico de la sanidad española.

ABSTRACT: Depression is a disease that, actually, affects a big number of people and every time is more widespread in our society. We made a study of people attending in the consultation of Social Work in the health primary care level to check how many of these users go through from depression and other pathologies that supposedly can have relation, as anxiety, insomnia or the possibility of finding some pluripathology, classifying this group of people by sex and age range. We have also proposed possible interventions to treat this disease with the resources that are available from the most basic level of Spanish health .

PALABRAS CLAVE: Depresión, Trabajo Social, Atención Primaria, Sanidad Pública.

KEYWORDS: Depression, Social Work, Primary Care, Public Healthcare

Índice

Justificación.....	pág. 4
Marco teórico: La salud pública en nuestro país, en Aragón y su relación con el Trabajo Social y la depresión.....	pág. 5
Marco teórico: Depresión.....	pág. 10
Objetivos.....	pág. 19
Metodología.....	pág. 21
Descripción del estudio poblacional.....	pág. 22
Propuestas de intervención.....	pág. 27
Conclusiones.....	pág. 28
Bibliografía.....	pág. 29
Anexos.....	pág. 31

JUSTIFICACIÓN

He decidido enfocar el Trabajo de Fin de Grado hacia el ámbito de la salud y, más concretamente al estudio de la depresión porque es el ámbito en el que trabajamos desde nuestra profesión que más me llama la atención, puesto que la salud es uno de los factores más importantes en nuestras vidas y es de suma importancia el saber cómo gestionar esta y tener servicios desde los que se puede resolver nuestros problemas con la salud.

Por otro lado, al hacer el practicum de intervención en el Centro de Salud de Torrerramona me ha ayudado mucho a tomar la decisión del tema sobre el que iba a enfocar este trabajo, debido a que durante las prácticas en este lugar pude comprender la cada vez mayor frecuencia con la que las personas están comenzando a sufrir depresión y las consecuencias que dicha enfermedad puede traer a la persona en cuestión, es un tema que cada vez está ganando más importancia y sobre el que se debería de actuar, ya que como explicare más adelante, la depresión es una enfermedad que registra un gran número de casos en todo el mundo y que en unos años llegará a ser una de las enfermedades más habituales en no solo los países occidentales así como la mayor causa de baja laboral en el mundo. De este modo me ha parecido interesante preguntarme que formas de intervención ante esta enfermedad podemos ofrecer desde el nivel sanitario de la Atención Primaria, así como conocer los recursos con los que se cuenta desde dicho nivel asistencial para hacer frente a esta enfermedad con la finalidad de comprobar si desde el nivel más básica de atención a la población se puede hacer frente a la depresión o mitigar sus síntomas, así como conocer si guarda relación con otras enfermedades como la ansiedad o el insomnio y comprobar si estas puede inducir a sufrir depresión de algún modo o la depresión puede inducir a sufrir de insomnio y/o de ansiedad. Otra de las cuestiones más interesantes que abordaremos residirá en analizar un estudio poblacional que nos muestre con datos exactos la frecuencia que tiene esta enfermedad en la actualidad en una muestra de población como es la de las personas que acuden al centro de salud de Torrerramona, del barrio de Las Fuentes, y que distinga esta población por rangos de edad y sexos para saber cuál de estos grupos son los más vulnerables ante dicha enfermedad y que cuenta con un número mayor de factores de riesgo para actuar sobre ellos de una forma más precisa y directa. De este modo conoceremos como se puede tratar la depresión desde Atención Primaria (o si no se puede tratar desde este nivel) y, en caso de respuesta afirmativa, cuales son las propuestas de intervención más efectivas, así como los grupos de población más vulnerables ante esta enfermedad.

MARCO TEÓRICO

La salud pública en nuestro país, en Aragón y su relación con el Trabajo Social y la depresión:

En España:

En España llamamos Sistema Nacional de Salud a la entidad que dispone las prestaciones y servicios sanitarios en nuestro país, los cuales corresponden a los poderes públicos.

Se sigue el principio de descentralización, por el cual la materia de sanidad corresponde de forma conjunta al Estado Central (Ministerio de Sanidad) y a las Comunidades Autónomas.

El objetivo del Sistema de Salud en España es proporcionar a los ciudadanos de las diferentes Comunidades Autónomas una atención sanitaria óptima, así Según Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

La organización del Sistema Nacional de Salud se divide en atención primaria y atención especializada. En nuestro trabajo vamos a adoptar el punto de vista de la atención primaria:

Según el artículo 6 del Decreto 174/2010, de 21 de Septiembre, podemos definir atención primaria como: “nivel inicial de atención sanitaria, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de los itinerarios del paciente. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria,

prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, de cuidados, así como la rehabilitación básica y el trabajo social.”

Garantiza:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud, sin perjuicio de las competencias atribuidas al resto de órganos de la Administración.
- e) La rehabilitación básica.
- f) Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- g) La atención paliativa a enfermos terminales.
- h) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- i) La atención a la salud bucodental.

La atención primaria mediante acciones integrales, se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad prestando servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Los profesionales del centro de salud proporcionan atención tanto individual como colectivamente, y en diferentes escenarios como el individual, familiar, domiciliario, escolar, o laboral.

El objetivo de los Equipos de Atención Primaria, sería satisfacer las necesidades de salud de la población con la participación de profesionales en otros niveles de atención. Las diferentes actividades serían: promoción, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de salud, rehabilitación física, y trabajo social.

En Aragón:

En nuestra CC.AA., el Servicio Aragonés de Salud es el encargado de las prestaciones sanitarias. Se rige conforme a la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, integrando todos los centros,

servicios y establecimientos de esta Comunidad Autónoma, diputaciones, ayuntamientos y otras administraciones territoriales.

La Ley 14/1986, de 25 de Abril divide el territorio en:

Áreas de salud: estructuras fundamentales del sistema sanitario que se encargan de gestionar unitariamente todos los recursos.

Zonas básicas de salud: marco territorial de la Atención Primaria de Salud.

Así, la organización del territorio que conforma el Sistema de Salud de Aragón se encuentra dividido en un total de 8 sectores: Sector de Barbastro, Sector Huesca, Sector Alcañiz, Sector Teruel, Sector Zaragoza I, II, III y Sector Calatayud. Cada sector, incluye centros de atención primaria, atención especializada, hospitalaria, atención socio-sanitaria y de salud mental.

Lo común es que los municipios se incluyan con las entidades de las que disponen en sus respectivas zonas de salud, excepto cuando se da el caso de que algunas de las entidades de los municipios correspondan a una zona de salud diferente, afectando de esta manera los recursos asistenciales de Atención Primaria.

Según el Decreto 174/2010, de 21 de Septiembre el Sistema de Salud de Aragón asegurará una correcta, coordinada y continuada asistencia a la población, en los mejores términos de efectividad y de eficiencia posibles y acomodándose a los siguientes principios:

- a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, de manera que se garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva para toda la población del Área.
- b) Atención global, de tal manera que desde cada Sector se realizarán las prestaciones correspondientes a la atención primaria, la atención especializada, la atención a la salud mental y la atención sociosanitaria.
- c) Atención continuada, asegurando la continuidad asistencial de procesos, administrativa, y de información de los usuarios en su itinerario por los distintos centros y unidades del Sector.
- d) Atención integral, prestando al usuario servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de cuidados en el nivel de asistencia más adecuado según las necesidades de la población.

e) La participación de los ciudadanos en la formulación de las políticas sanitarias y en la mejora del nivel de salud de los usuarios.

Así, este Decreto explica también que la atención primaria mantiene una coordinación con la atención especializada, la atención sociosanitaria y la salud mental para optimizar sus actuaciones.

Relación de la atención primaria con el Trabajo Social:

La función de los/as trabajadores/as sociales en los centros de salud son indispensables, puesto que existen casos en los que las personas acuden a los centros de salud para solucionar problemas de ámbito sociales, en cuyos casos resulta óptimo la intervención de un profesional en el área, los cuales son los/as trabajadores/as sociales.

Las actuaciones del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria se encuentran definidas a partir de un conjunto de guías del Trabajo Social y manuales donde se explica de qué manera deben actuar los profesionales de Trabajo Social, estas actuaciones se encuentran recogidas en la Cartera de Servicios de los niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada.

Existen unas series de **prestaciones** que realizan los centros de salud de manera general y son las siguientes:

- Asistencia directa y/o programada.
- Información sanitaria y asistencial.
- Atención domiciliaria.
- Actividades de prevención (vacunas, detección precoz de enfermedades, programa Niño Sano, etc.)
- Fomento de hábitos saludables.
- Atención continuada.

Desde el Centro de Salud de Torreramona (ubicado en el sector Zaragoza II, en el barrio de Las Fuentes) sabemos que las **actividades** que se realizan allí desde el ámbito del Trabajo Social son:

- Atención directa (demandada, programada).
- Trabajo comunitario. Consejos de salud.
- Coordinación Institucional.
- Visitas domiciliarias.
- Coordinación con otros profesionales.
- Atención a la salud mental, mediante la coordinación de casos con USM (Centro Fuentes Norte).

Así las **funciones** que cumplen los trabajadores/as sociales en los centros de salud son:

- Participar en la elaboración del diagnóstico social de la zona de salud.
- Fomentar la participación de la comunidad, apoyando y contribuyendo al Consejo de Salud de la zona.
- Conocer los recursos sociales existentes en el área de salud.
- Aportar sus conocimientos técnicos para la actuación sobre temas sociales.
- Registrar sus actividades y acciones en la historia clínica.
- Asesorar al resto del equipo en temas específicos del trabajo social.
- Recibir y captar las demandas que se relacionan con la educación para la salud.
- Derivar las demandas de atención social a otras unidades y/o recursos.
- Participar en la programación, ejecución y evaluación de las actividades educativas.
- Elaborar programas de actuación concretos.
- Fomentar la participación ciudadana en dichas actividades.
- Participar en la formación continuada de los EAP.
- Elaborar proyectos de investigación del trabajo social o salud.

Relación con la depresión:

La relación que hay desde estos centros con el problema de la enfermedad cada vez más común de la depresión recae en el aspecto de que muchos de los pacientes que la sufren acuden a los especialistas de los centros de salud para intentar resolver este problema, se dan muchos más casos de mujeres que acuden a los centros de salud que de hombres, puesto que estos son más reservados a la hora de expresar los sentimientos y emociones y son más reacios a pensar que no necesitan ayuda, mentalizándose así de que solo es una etapa y no sufren esta enfermedad, cuando realmente no es así.

Desde aquí se puede tratar la enfermedad mediante dos formas de intervención:

1. Tratamientos de carácter psicoterapéuticos
2. Fármacos

Esto lo explicaremos con mayor profundidad cuando hablemos de la depresión.

La depresión

Introducción

En la historia de la humanidad siempre nos hemos encontrado con enfermedades, han existido diferentes enfermedades como pueden ser la viruela o la peste y que han aparecido de forma endémica, teniendo un gran impacto en la historia hasta otras que no procesan demasiado peligro para las personas y que están controladas como pueden ser la gripe o la diabetes. En nuestra época, en la que el mundo y la sociedad se encuentran en continua transformación están apareciendo nuevas enfermedades como pueden ser el SIDA (virus de la inmunodeficiencia humano, primera aparición en 1920), el ébola (su primera aparición fue en 1976) u otras que se están tornando más frecuentes como pueden ser la ansiedad o la depresión. En este estudio nos centraremos en esta última, en la depresión, la cual se está volviendo cada vez más común debido a que nuestros estilos y forma de vida están propiciando la aparición de cada vez más casos de enfermedades como está que, a pesar de no parecer peligrosas, afectan –según la OMS en Octubre de 2015- a 350 millones de personas en todo el mundo, esto es aproximadamente un 10% de la población mundial (una de cada diez personas del mundo padece esta enfermedad) pudiendo tener graves efectos perjudiciales, puesto que en algunos casos son causa de incapacidad laboral. Según un artículo de la redacción de la revista virtual DMedicina ¹ en España se han diagnosticado entre 1.200.000 y 1.500.000 personas con depresión, a esto hay que añadir que existen personas que no acuden al médico cuando

¹ -<http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/2002/04/02/ideas-equivocadas-depresion-7447.html>

se sienten así porque no aceptan que tienen un problema o porque rehúsan de expresar sus emociones.

La depresión es una enfermedad mental, hoy en día se piensa que todas aquellas enfermedades que se denominan como mentales solo las padecen aquellas personas que son raras, que están gravemente afectadas por estas y que no tienen un juicio coherente, pero no todas son casos de psicosis (enfermedad mental consistente en la alteración de la personalidad y realidad del enfermo) o de neurosis (enfermedad mental consistente en trastornos nerviosos y alteraciones emocionales), que son las más graves sino que algunas se dan de forma más habitual como pueden ser la ansiedad (estado mental de inquietud e inseguridad por posibles problemas futuros), la anorexia (enfermedad consistente en la percepción distorsionada de encontrarse en un estado de sobrepeso)...

¿Qué es la depresión?

Ahora ya sabemos que la depresión es una enfermedad actual y que afecta al estado mental de la persona que la sufre, pero ¿qué es la depresión? Según Vicente Rubio Larrosa (jefe del servicio de psiquiatría y toxicomanías del Hospital provincial de Nuestra Señora de Gracia(Zaragoza)) “lo que habitualmente llamamos depresión es una alteración del humor o sentido de ánimo ...hablaremos de enfermedades del estado de ánimo cuando se sufre de una tristeza patológica o exagerada, o cuando se padece de una euforia patológica o excesiva” (Seva, 2001), siendo obvio que la depresión se trata de aquella enfermedad en la que se sufre una tristeza patológica o exagerada. Con esto entendemos que los enfermos por depresión mantienen un estado de desánimo mantenido en el tiempo, puesto que todas las personas pasan por episodios de tristeza en sus vidas, pero esta no debe ser duradera.

Relación con otras enfermedades

La depresión puede aparecer juntos con otras enfermedades, sobre todo con episodios de ansiedad e insomnio, aunque también se cree que tiene relación con problemas cardíacos, los cuales pueden favorecer la aparición de dicha enfermedad, como podemos ver en un artículo para la revista virtual DMedicina ² Alberto Bartolomé explica que 1 de cada 5 personas que sean pacientes cardíacos (con problemas del corazón) sufrirán depresión, más concretamente aquellos/as que hayan sufrido un infarto. Esto se produce debido a que nadie sabe si vas a tener un infarto ni cuándo se va a dar el

² -<http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/2007/05/13/cinco-pacientes-cardiacos-sufrira-depresion-2931.html>

caso, cuando esto ocurre la gente puede ver cómo le cambia la vida, ya que desde entonces debe tener más cuidado, verá las cosas de otro modo, puede darse también por falta de adherencia al tratamiento ...y en el caso de que una persona que haya sobrevivido a un infarto tenga síntomas depresivos empeora el pronóstico puesto que el cuerpo de una persona sana emocionalmente puede recuperarse antes que el de una persona que tenga otras afecciones aparte del mencionado problema cardiaco. Para este caso de depresión se pueden prevenir los efectos con grupos de apoyo y programas de rehabilitación, en los cuales se puede hablar con personas que han pasado por la misma experiencia, favoreciendo un estado de ánimo más adecuado de cara a la recuperación.

Tratamiento

La depresión es una enfermedad que se puede tratar principalmente de tres métodos, aunque el último apenas se utiliza ya en la actualidad:

1. Mediante medicamentos farmacéuticos
2. Mediante psicoterapia
3. Mediante terapia electroconvulsiva (TEC)

Fármacos

En el primer método los medicamentos más comunes son los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina, ya que la serotonina es un neurotransmisor que está relacionado en los casos de personas que sufren de depresión (por tener niveles más bajos de lo habitual en el organismo de esta sustancia) estos medicamentos permiten regular la cantidad de este neurotransmisor que tenemos presente en el cuerpo en esos momentos. Los medicamentos farmacéuticos han mostrado una gran efectividad en las depresiones graves o mayores (**enfermedad mental de tristeza mantenida en el tiempo**), siendo en las leves o distimias (**trastorno afectivo crónico (mantenido en el tiempo) en el cuál no se cumplen todos los requisitos para considerarse una depresión mayor**) más indicado utilizar el método de la psicoterapia que ahora explicaremos. En el artículo de Fernando Pena Vivero (Psicólogo en Valencia) llamado “Distimia y Depresión Mayor: diferencias y semejanzas” se explican cuáles son los síntomas para una depresión mayor y cuáles de ellos pueden aparecer en una distimia sin llegar a ser depresión como tal. Estos síntomas son:

1. Estado de ánimo deprimido.³
2. Disminución del placer o interés en cualquier actividad.⁴

(Los síntomas 1 y 2 son necesarios que aparezcan para que podamos hablar de un episodio de depresión mayor).

3. Aumento o disminución de peso/apetito.
4. Insomnio o hipersomnias (dormir más de lo normal).
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
8. Problemas de concentración o toma de decisiones.
9. Ideas recurrentes de muerte o de suicidio.

(<http://www.portalesmedicos.com/blogs/psicologoalencia/note/3687/tratamientos-naturales.html>)

Otros medicamentos que se utilizan en los casos de depresión son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO). Los antidepresivos tricíclicos actúan impidiendo la recaptación de la serotonina (neurotransmisor) y de la noradrenalina (hormona del sistema nervioso central) por parte del organismo, efectuando un aumento de sus niveles en el organismo, los cuales cuando son bajos propician la aparición de actitudes depresivas. Esto se debe a que los neurotransmisores son capaces de estimular o inhibir los estados emocionales (entre otras muchas funciones) de nuestro organismo, así cuando los niveles de algunos de estos son bajos se producen alteraciones.

Por otro lado tenemos los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa, los cuales como su propio nombre indica se encargan de bloquear la acción de esta enzima, la cual actúa degradando las enzimas anteriormente mencionadas (serotonina y noradrenalina), reduciendo su nivel en el organismo.

Psicoterapia

Por otro lado se puede hacer frente a la depresión utilizando el método de la psicoterapia. Este método se utiliza sobre todo en casos de distimia, de depresiones leves y consiste en un intercambio verbal con un psicoterapeuta, el cuál utiliza una terapia de comportamiento de forma que nos hace ver lo valiosas que son nuestras acciones y a encontrar satisfacción en las mismas, así como

³ Los síntomas 1 y 2 son necesarios que aparezcan para que podamos hablar de un episodio de depresión mayor

⁴ Igual que la nota 3

explicar las causas por las que puede aparecer la depresión para entender a que se están enfrentando y analizar posibles errores que hay en el comportamiento de los pacientes, trabajando para corregirlos y ayudándole a ser más asertivo en su vida diaria.

Esta terapia se puede acompañar con tareas para realizar en casa, abandonando los comportamientos y patrones que puedan reafirmar la depresión y evitar la recaída una vez se ha pasado, puesto que las recaídas depresivas son bastante frecuentes en pacientes que la han sufrido, hay que hacer ver al enfermo que esto no significa que ha fracasado, sino que puede pasar y es frecuente y realizarle un seguimiento para mejorar su estado de ánimo y prevenir posibles recaídas. (http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Resena_1.pdf)

La psicoterapia puede complementarse con grupos de ayuda, en los cuales los enfermos hablan con personas que están en su misma situación o que la han pasado y explican cómo se sienten, encuentran apoyo en otras personas, se relacionan y se intenta llegar al objetivo de salir de esta enfermedad apoyándose con el resto del grupo.

Terapia electroconvulsiva (TEC)

Como último método para reducir el nivel depresivo e intentar eliminarlo se puede recurrir a la terapia electroconvulsiva, esta terapia funciona de forma temporal y solo cuando los pacientes no responden de forma adecuada a los fármacos, aunque actualmente apenas se utiliza. Esta terapia funciona, según el artículo de la revista virtual “Family Doctor”³ activando las neuronas y los neurotransmisores del cerebro, cuando estos funcionan mejor el estado anímico del paciente mejorará.

Formas de medición

Para conocer la gravedad de la depresión que se padece existen diversas escalas como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg, la Escala de Depresión de Montgomery Asberg o el Test de Depresión de Hamilton.

Entre estas escalas las más utilizadas son tres: el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Hamilton y la Escala de Depresión de Montgomery Asberg.⁴

³<http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/depression/treatment/how-electroconvulsive-therapy-works.html>

⁴http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf

Inventario de Depresión de Beck (BDI): esta escala valora los pensamientos depresivos, los que están relacionados con esta enfermedad y valora la gravedad de la enfermedad se es que existe.

Consta de 21 ítems que se valoran de 0 a 3 por el paciente dependiendo de cómo sienta cada uno de los ítems que se le muestran, estos ítems tienen que ver con la sensación de fracaso, de culpa, el pesimismo... siendo el máximo 63 puntos y el mínimo 0 puntos. Si se obtiene una puntuación de 0-9 el paciente no tiene o es mínima, si se obtiene una puntuación de 10-16 es leve, una puntuación de 17-29 quiere decir que el paciente presenta una depresión moderada y de 29 puntos en adelante la depresión es grave.

Test de depresión de Hamilton (HAM-D): esta escala valora la gravedad e intensidad de la enfermedad. Se trata de una escala que tiene 21 ítems, aunque se han realizado variaciones de esta en la que se trabaja con 17, 24 o 6 ítems. Estos ítems se refieren a aspectos relacionados con la depresión como pueden ser ansiedad somática, pérdida de entendimiento, hipocondría, sentimientos de culpa... Proporciona una valoración global de la enfermedad y una valoración respecto a tres aspectos:

- Melancolía
- Ansiedad
- Sueño

En cada ítem de esta escala se da un número de respuestas enumeradas (no en todos los ítems se dispone del mismo número) y dependiendo del enumerado de la respuesta escogida se suman los valores de cada ítem para sacar el total, siendo así una puntuación de 0-7 no depresión, de 8-13 depresión ligera o menor, de 14-18 depresión moderada, de 19-22 depresión grave y de 23 en adelante depresión muy grave. En España se utiliza la versión que consta de 17 ítems. Para valorarse el paciente debe responder por lo menos al 50% o más de preguntas de la escala.

Escala de Depresión de Montgomery Asberg (MADRS): esta escala consta de un total de 10 ítems y valoran los síntomas y la gravedad de la depresión. Algunos de los ítems tratan la tristeza, disminución de sueño, pensamientos pesimistas... los cuales se pueden valorar de 0 a 6 puntos por ítem, siendo así 60 la puntuación máxima y 0 la mínima. Esta escala tiene la ventaja respecto a la de Hamilton de no valorar la ansiedad, puesto que se considera una enfermedad diferente, aunque relacionada con la depresión y porque dificulta la administración en pacientes con sintomatología física predominante. Al igual que en la Escala de Hamilton, el paciente debe haber respondido al 50% o más de preguntas (ítems) de la escala. Así un total de 0-6 puntos se considera no depresión, de 7-

19 puntos depresión ligera o menor, una puntuación que vaya desde 20-34 puntos depresión moderada y de 35-60 puntos se considera depresión grave.

Aparición

Respecto a la aparición de una etapa depresiva hay varios factores que están fuertemente relacionados con dicha aparición. Cuando hablamos de salud conocemos cuatro factores que tienen que ver con esta (la biología genética de cada individuo (herencia), la cual afecta en un 27% a la salud, el sistema sanitario del lugar en cuestión afecta un 11%, los estilos de vida que se llevan y las costumbres de cada persona, los cuales afectan un 43% y el medioambiente (entorno, vivienda, contaminación) el cual afecta un 19%).

En la depresión, como en la salud, los estilos de vida son muy importantes para poder prevenir esta enfermedad, a continuación mostramos algunos de los factores relacionados con los estilos de vida y que se puede hacer para reducir el riesgo de entrar en una etapa depresiva:

1. **Obesidad:** según un artículo de la revista virtual “La Nación” de 2015 ⁵, existen alrededor de 600 millones de personas obesas en el mundo y 2100 millones que tienen sobrepeso. Esto influye en las posibilidades de caer en una depresión, ya que según la teoría inflamatoria, cuando el cuerpo responde ante algún estímulo con una respuesta inflamatoria se desprenden citoquinas, las cuales contribuyen en el organismo de las personas a la aparición de una etapa depresiva. Cuando se sufre de obesidad el cuerpo también responde fabricando estas proteínas reguladoras (citoquinas) favoreciendo la aparición de una etapa depresiva. Esto, según un artículo de la revista virtual “Intramed” ⁶ se explica debido a que las citoquinas influyen en el metabolismo de los neurotransmisores, los cuales provocan una respuesta emocional que puede desencadenar en una depresión. Además el no estar bien físicamente puede favorecer la aparición de una autoestima baja e inseguridad, y esto contribuye a la aparición de dicha enfermedad.

2. **Ejercicio físico:** cuando una persona realiza ejercicio físico de manera habitual su organismo reduce la inflamación sistémica, la cual como ya hemos mencionado antes favorece la aparición de etapas depresivas y disminuye la concentración de leptina en el organismo, una hormona que también puede favorecer en niveles altos la estimulación de episodios depresivos

⁵ -<http://www.lanacion.com.ar/1769731-en-el-mundo-hay-600-millones-de-personas-obesas-y-2100-millones-con-sobrepeso>

⁶ - <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=83702>

3. Hábitos como el de fumar: las personas que fuman tienen un 41% más de probabilidades de padecer depresión que aquellas personas que no fuman según un artículo de la revista virtual “Vitonica” (<http://www.vitonica.com/enfermedades/fumar-incrementa-el-riesgo-de-depresion>). Esto se explica debido a que las personas que suelen fumar no suelen realizar ejercicio físico de forma habitual y a que las sustancias que tiene el tabaco favorecen una respuesta inflamatoria por parte del organismo.

4. Vitamina D: Los niveles de vitamina D en el organismo influyen en la presencia de depresión por dos motivos:

- Porque la vitamina D favorece el crecimiento neuronal, lo cual reduce el riesgo de sufrir depresión como veremos más adelante cuando hablemos de las proteínas FNDC.
- Porque la vitamina D reduce el nivel de las citoquinas en el organismo, las cuales como ya hemos explicado influyen en el metabolismo de los neurotransmisores del organismo.

5. Trastornos atópicos (alergias): Los trastornos atópicos pueden desencadenar también una respuesta depresiva debido a que estos desencadenan respuestas inflamatorias por parte del organismo, las cuales aumentan el número de citoquinas en el organismo. Esto significa que cuando se sufren enfermedades con respuesta inflamatoria en general aumenta la posibilidad de caer en un episodio depresivo.

6. Descanso adecuado (sueño): se ha demostrado que entre un 80-90% de las personas que tienen trastornos del sueño presentan un riesgo muy elevado a sufrir depresión. Esto se explica, además de porque el descanso influye en nuestras respuestas emocionales, porque el nivel de descanso está estrechamente relacionado con el estado del sistema inmunológico y cuando se le priva de descanso puede aumentar el nivel de citoquinas pro inflamatorias en la sangre y desencadenar una respuesta depresiva. Este factor explica que el insomnio esté relacionado también con la depresión.

7. Dieta e intolerancia alimentaria: Hoy en día las personas han cambiado mucho la dieta actual de la que se tenía hace varias décadas. Se ha aumentado el consumo de la llamada “comida basura” y cada vez se consumen más grasas “trans” y carbohidratos, en decaimiento de la fibra o las grasas

ricas en omega 3. Este tipo de dieta influye en el sistema inmunitario y en las respuestas inflamatorias, y como ya he explicado, aumenta el nivel de citoquinas y se desencadena una reacción depresiva. Esto también ocurre cuando se es intolerante a algún tipo de comida y se ingiere por error, desencadenándose una respuesta inflamatoria en nuestro organismo por parte de nuestro sistema inmunitario.

8. Estrés y traumas: Estos pueden desencadenar una reacción depresiva debido a que si desde pequeño se ha sido testigo de una experiencia traumática o se sufre de estrés es probable que se desencadene una bajada de la autoestima, de forma que nuestra expresión emocional va a estar alterada y se aumenta la posibilidad de sufrir depresión.

También, según un artículo del 21/02/2016 de la revista virtual “Granma”⁷ se ha descubierto que la aparición de la depresión puede tener que ver con los niveles del Factor Neurotrófico derivado del cerebro (FNDC), una proteína que actúa estimulando la neurotrofina, otra proteína que se relaciona con el crecimiento neuronal. La falta de FNDC en el organismo puede favorecer la presencia de la depresión.

⁷ - <http://www.granma.cu/ciencia/2016-02-20/los-cientificos-revelan-cual-es-el-origen-de-la-depresion-20-02-2016-10-02-32>

OBJETIVOS

Objetivos generales:

1- Encontrar posibles intervenciones para tratar o reducir los efectos que puede tener esta enfermedad en los usuarios que la sufren desde la Atención Primaria.

2- Analizar la incidencia de esta enfermedad en la sociedad para conocer cuáles son aquellos grupos de población más vulnerables (grupos de riesgo, aquellos que tienen más posibilidades de contraer la enfermedad sea por los estilos de vida, por algún suceso traumáticos, por el entorno en el que viven...).

Objetivos específicos:

1.1- Conocer bien y documentarse acerca de la depresión y el sistema sanitario público español (recursos con los que se cuenta desde Atención Primaria) para proponer posibles intervenciones.

1.2- Contrastar otras intervenciones y recursos que ya se han experimentado para saber que podemos esperar de nuestro estudio.

2.1- Realizar y analizar nuestro estudio de campo, en el cuál se muestra el número de casos en los que usuarios de Trabajo Social desde la Atención Primaria sufren depresión (dividiendo a los usuarios que han presentado depresión según su edad y su género).

2.2- Estudiar posibles relaciones de aparición de la depresión con otras patologías, concretamente con dos: insomnio y ansiedad.

La función de los objetivos marcados consiste en:

- tratar de reducir el impacto que tiene la depresión en nuestra sociedad, un impacto que como hemos visto al explicar en qué consiste la depresión, es cada vez mayor, contando con los recursos disponibles desde el nivel de Atención Primaria.
- conocer aquellos grupos de población que por determinadas características resultan ser más vulnerables a los efectos de la depresión que el resto de la sociedad, es un objetivo imprescindible en nuestro estudio, puesto que resulta fundamental conocer cuáles son estos

grupos para enfocar la resolución de la enfermedad a este conjunto de la población (sin descuidar el resto de la sociedad, puesto que no estar en uno de estos grupos no significa que no podamos contraer dicha enfermedad).

- realizar el estudio de población y proponer propuestas de intervención relacionadas con la depresión, así como también conocer los recursos con los que contamos desde el sistema de sanidad público español para intentar paliar esta enfermedad.
- conocer las diferentes intervenciones que se hayan realizado contra la depresión resulta de gran importancia para nuestro estudio, puesto que como la información sobre la depresión y sobre los recursos a nuestro alcance, estas intervenciones ya realizadas nos pueden indicar posibles fallos y pistas para poder dar con las intervenciones óptimas dependiendo de los casos que se den.
- analizar el estudio de población, puesto que nos aportará datos de gran importancia sobre casos reales y es un paso imprescindible a la hora de llevar a cabo las propuestas de intervención.
- tener en cuenta la posibilidad de aparición pluripatologías como son las combinaciones de depresión/ ansiedad, depresión/ insomnio, ansiedad/ insomnio o las tres en su conjunto, las cuales parecen tener cierta relación. Nuestra meta es conocer si existe relación y explicar la posible causa de dicha relación.

METODOLOGÍA

Dividiremos la parte metodológica en fuentes primarias o directas de información (aquellas que tomamos de primera mano y que no han sido realizadas antes, como puede ser una entrevista realizada por la persona que realiza el estudio) y fuentes secundarias o indirectas (aquellas que son de "segunda mano" y son tomadas de otras personas, como puede ser la bibliografía):

Fuentes primarias:

La principal fuente primaria que utilizaremos para realizar nuestro estudio consiste en un análisis que efectuamos durante nuestro período de prácticas, en el cuál se muestra entre los usuarios de Trabajo Social que se presta en el Centro de Salud de Torrerramona (Las Fuentes), de Atención Primaria cuantos usuarios han sufrido depresión, en que franja de edad se sitúan (17-37 años, 38-68 años y 69-102 años) y su género, así como por otra parte se puede ver si estas personas han sufrido también otras enfermedades como insomnio y/o ansiedad, por lo que se puede buscar una relación pluripatología.

También efectuaremos diferentes entrevistas para conocer de primera mano el efecto principal de la depresión (entrevistas a gente de AFDA, la asociación de depresivos de Aragón).

Fuentes secundarias:

Como principal fuente secundaria nos apoyaremos en libros y artículos sobre la depresión (ya sean de la web o de prensa) para recoger la información existente sobre la depresión, sobre su forma de actuar, los diversos tratamientos que existen y sobre los recursos de los que se dispone desde la red sanitaria pública de Aragón, así como formas de medición de la enfermedad y principales efectos que tiene en los pacientes que la sufren.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO POBLACIONAL

En nuestro estudio poblacional (ver Anexos I, II Y III) hemos clasificado a los usuarios que acudían a la consulta de Trabajo Social según género y rango de edad.

Para hacer esto hemos apuntado en cada uno de los días en el calendario de los meses de investigación el número total de personas que tenían cita con la trabajadora social, para después apuntar el sexo y la edad de las personas que tuviesen alguna de las patologías que establecimos con el fin de poder clasificarlos de una forma más rápida y sin tener que ir analizando uno a uno a todos los usuarios que habían pasado por consulta durante estos tres meses.

De la misma forma hemos apuntado que patología sufría cada una de estas personas, siendo así la D significa depresión, la A significa ansiedad, la I significa insomnio y cuando hay más de una significa que el usuario sufre una pluripatología.

Hemos decidido incluir ansiedad e insomnio en el estudio porque había un elevado número de casos de pluripatologías y pensamos que podían tener alguna relación entre estas enfermedades, aunque también hay elevados casos en los que los usuarios presentan tan solo una de estas patologías.

Para referirnos a los sexos de cada usuario hemos optado por utilizar los símbolos que representan cada uno (♂ para referirnos a hombres y ♀ para referirnos a mujeres).

En el caso de que la persona en cuestión hubiese muerto la representábamos con un asterisco al lado de su edad, sexo y patología que había tenido.

Este estudio ha sido realizado en el Centro de Salud de Torrerramona en colaboración con la profesional Teresa Ruiz y mi compañera Sara García, y se han obtenido los siguientes datos en cuanto a los aspectos del rango de edad y el género de pacientes que sufren algunas de las enfermedades antes mencionadas.

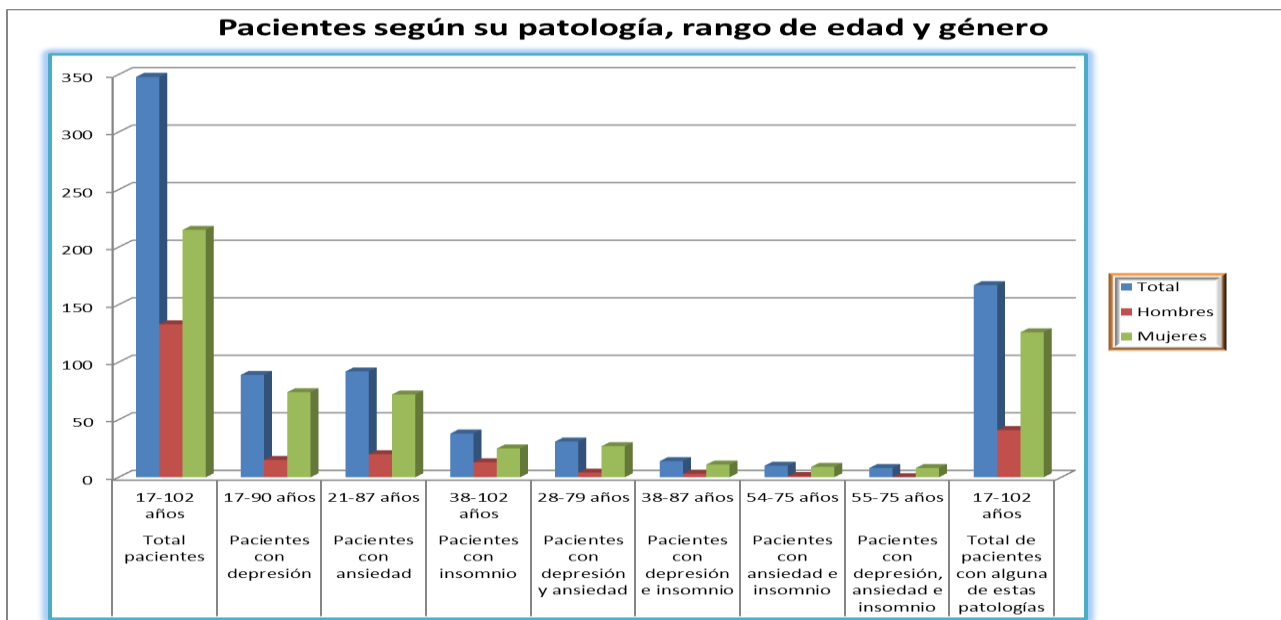
Para proteger la identidad de los usuarios simplemente se efectuó un recuento con las enfermedades que padecían (de entre las antes mencionadas), el rango de edad en el que se encontraban y el género de estas personas.

	Rango edad	Total	Porcentaje	Género
Total pacientes	17-102 años	348	100%	133 hombres/ 215 mujeres
Pacientes con depresión	17-90 años	89/348	25%	15 hombres/ 74 mujeres
Pacientes con ansiedad	21-87 años	92/348	26%	20 hombres/ 72 mujeres
Pacientes con insomnio	38-102 años	38/348	11%	13 hombres/25 mujeres
Pacientes con depresión y ansiedad	28-79 años	31/348	9%	4 hombres/27 mujeres
Pacientes con depresión e insomnio	38-87 años	14/348	4%	3 hombres/11 mujeres
Pacientes con ansiedad e insomnio	54-75 años	10/348	3%	1 hombre/9 mujeres
Pacientes con depresión, ansiedad e insomnio	55-75 años	8/348	2%	0 hombres/8 mujeres
Total de pacientes con alguna de estas patologías	17-102 años	167/348	48%	41 hombres/126 mujeres

Cuadro 1-Tiempo de investigación: 3 meses (Septiembre, Octubre y Noviembre). Fuente y elaboración propia.

Rangos de edad	Ansiedad	Porcentaje de ansiedad	Depresión	Porcentaje de depresión	Insomnio	Porcentaje de insomnio	Pluripatología	Porcentaje de pluripatologías
17-37 años	18/23	78%	4/23	17%	0/23	0%	1/23	4%
38-68 años	27/101	27%	30/101	3%	9/101	9%	35/101	35%
69-102 años	12/43	28%	9/43	21%	6/43	14%	16/43	37%

Cuadro 2- Patologías en relación a los rangos de edad establecidos. Fuente y elaboración propia.



Gráfica 1- Número de pacientes, patologías, rango de edad y género. Referente al Cuadro 1. Fuente y elaboración propia.

Pacientes según atologías y rangos de edad establecidos

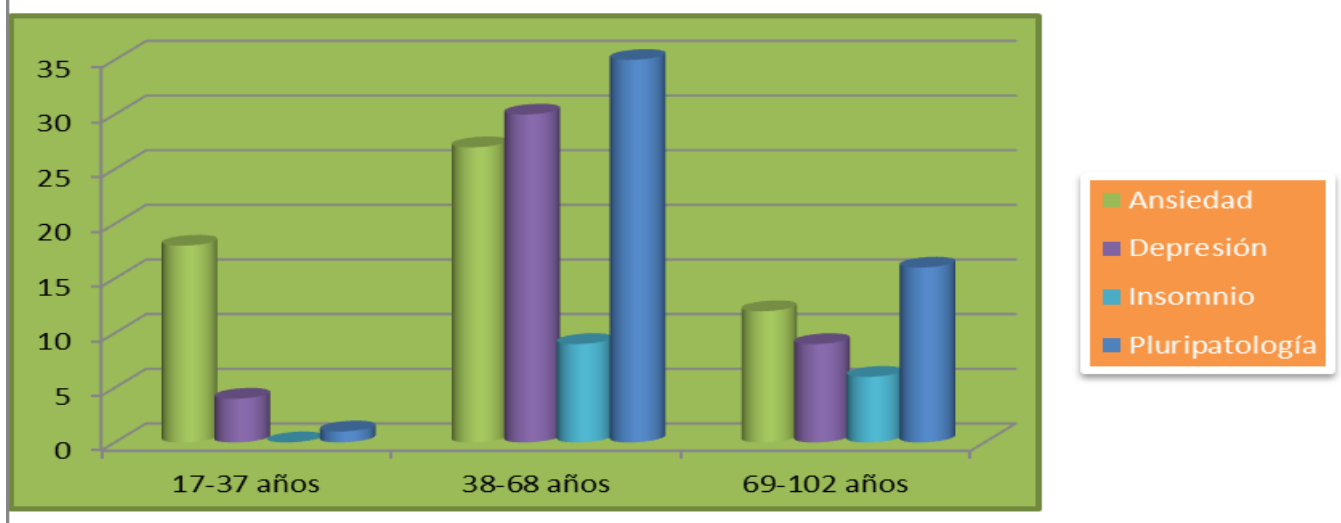


Gráfico2- Patologías en relación a los rangos de edad establecidos. Referente al Cuadro 2. Fuente y elaboración propia.

En el primer cuadro, en el apartado de rango de edad se explica, dentro de los usuarios que han entrado en el estudio, el rango de edad que comprenden, contando desde el/la usuario/a más joven hasta aquel/la usuario/a de mayor edad.

El apartado de total explica el recuento total de cada una de las filas mostrando a continuación el porcentaje que les corresponde en cuanto al total. Puede que el porcentaje en total sea superior al 100%, esto se explica porque aquellos usuarios que por ejemplo presentan ansiedad+ depresión han entrado en el recuento de usuarios con depresión, con ansiedad y con la pluripatologías de depresión y ansiedad, puesto que corresponden a las características de cada uno de los tres grupos.

En el apartado de género se ha efectuado un recuento de los usuarios/as que han acudido a la consulta y poseen una de estas patologías en base a su sexo.

Hemos realizado un gráfico de columnas en el que se recogen los datos del primer cuadro, clasificando a los pacientes según su sexo, rango de edad de cada una de las patologías y patologías para, así tener un apoyo visual que complementa el cuadro con las cifras.

En el segundo cuadro se explica el número y porcentaje de personas que sufren las diversas patologías y el porcentaje en relación a los diversos rangos de edad.

El gráfico de este segundo cuadro muestra los pacientes de las diversas patologías y los clasifica teniendo en cuenta los rangos de edad que hemos establecido (a diferencia del primero en el que tomábamos los rangos de edad de los pacientes que tenían cada patología).

Datos que podemos sacar de estas imágenes:

Los hombres sufren menos patologías que las mujeres, puede deberse a cuestiones biológicas, a cuestiones culturales (evitar expresar sus sentimientos, creencia que en nuestra cultura es sinónimo de virilidad), a evitar acudir a la consulta de los/as trabajadores/as sociales por creencia de que ellos no necesitan ayuda para afrontar estos problemas (también signo cultural)...

Por el contrario las mujeres aparecen muchas más veces en todas las patologías y pluripatologías, esto se puede deber a las causas contrarias que hemos explicado en los hombres: a que expresan de una forma más abierta sus sentimientos y tiene mayor facilidad para esto que los hombres, por alguna cuestión biológica (cuando hablamos de cuestiones biológicas nos estamos refiriendo a las hormonas, ya que las mujeres en determinados momentos como cuando tienen la menstruación tienen un desajuste hormonal que puede afectar de forma perjudicial a tener un momento de bajón que si coincide con algún otro factor puede desembocar en una depresión, momentos de ansiedad...). Por otro lado podemos observar que hay un gran número de casos en los que se da ansiedad y depresión al mismo tiempo (31, mientras que se den depresión o ansiedad con insomnio es más complicado y que se den las tres patologías en una pluripatología es bastante excepcional, siendo solo 8 los casos que hemos podido contar entre 348 personas que han participado en el estudio.

Por otro lado podemos observar que respecto a los rangos de edad y las patologías el más común es el caso de sufrir una pluripatología entre los 38-68 años de edad, esto puede deberse a causas del trabajo, estilos de vida, aspectos sociales o económicos...

En los primeros años de vida y juventud estos trastornos apenas se dan y hasta los 37 años pocos son los casos de depresión, ansiedad, insomnio o pluripatologías en relación al resto de rangos de edad, siendo el primer caso de las personas que han acudido a la consulta a los 17 años.

Entre los usuarios de 17 a 37 años la patología más repetida es la ansiedad (18 casos), seguida de depresión (4 casos) y con pluripatologías por detrás (1 caso). No se da ningún caso de insomnio.

En el siguiente rango de edad (38-68 años) la más frecuente es la pluripatología (35 casos), seguida de depresión (30 casos) y de ansiedad (27 casos), insomnio se vuelve a repetir en escasas ocasiones (9 casos).

En el último de los rangos de edad encontramos que las pluripatologías son las más repetidas (16 casos) seguidas de nuevo por la ansiedad (12 casos) y de la depresión (9 casos), por último encontramos el insomnio (6 casos).

Encontramos que en el último rango de edad las enfermedades disminuyen respecto al rango de

edad medio, esto se puede deber a que en la vejez se vive con menos estrés que mientras se encuentra la persona trabajando o ocupándose de cuestiones como sacar adelante a los hijos, cuestiones de cuidados o problemas sociales más estresantes que los que nos podemos encontrar más adelante, así como el cambio que realizan muchas personas mayores de vivir a algunos pueblos y cambiar el mundo urbano por el mundo rural donde se vive más tranquilo y sin la contaminación o el bullicio de algunas grandes ciudades.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

1-Coordinarsse desde el nivel sanitario de Atención Primaria con asociaciones profesionales depresivas, puesto que es una enfermedad bastante frecuente cuyo número de pacientes se está incrementando actualmente.

2-Actividades de educación y formación para proponer hábitos que reduzcan el factor de riesgo de contraer esta enfermedad entre la población y sobre todo entre los profesionales sanitarios. Esta actividad puede ser puesta en práctica por personas de las asociaciones previamente mencionadas que sepan cómo afrontar y prevenir esta enfermedad.

3-Actividades de promoción de la salud. Informar a la población de la existencia de asociaciones contra la depresión.

4-Crear mayor conciencia entre la población de la existencia de esta enfermedad y sus consecuencias.

5-Estratificar a la población para optimizar la ayuda recibida por los/as enfermos/as con la finalidad de solucionar dicho problema con la mayor rapidez posible.

6- Actuar sobre diversas patologías que pueden tener relación en la aparición de la depresión, como pueden ser la ansiedad o el insomnio.

CONCLUSIONES

Para finalizar este estudio podemos sacar diversas conclusiones que nos pueden ser de ayuda a la hora de enfrentar esta enfermedad, tratarla y estratificar a la población centrándonos en prevenirla para los grupos de personas que tienen factores de riesgo, de tratarla de forma eficaz en aquellos grupos que presentan sintomatología leve y optimizar la ayuda para aquellos grupos que la están sufriendo y que requieren ayuda para superar la enfermedad.

De este modo las conclusiones principales del estudio serían:

- Las mujeres protagonizan un mayor número de casos de depresión que los hombres.
- Esto se debe principalmente a que en el proceso de socialización se les enseña a las mujeres a mostrar más los sentimientos que los hombres, por lo que estos, aun necesitando ayuda se muestran más reacios a pedirla y a acudir a los servicios sanitarios.
- La depresión se da sobre todo en el rango de edad que va desde los 38 a los 68 años, siendo este grupo el que mayor número de casos presenta y, por lo tanto, el que mayor ayuda necesita ante este problema.
- El rango de edad que va desde los 17 a los 37 años presenta el menor número de casos de depresión.
- Existen ciertas enfermedades que pueden contribuir a que se sufra depresión, como pueden ser la ansiedad y el insomnio, por lo que se debe prevenir la aparición de estas patologías en conjunto para minimizar los riesgos de sufrir una depresión.
- Los hábitos de vida son los factores que más influyen en la aparición de esta patología.

Desde la Unidad de Trabajo Social se puede trabajar en varias áreas que mejoren el estado de ánimo de los pacientes; éstas serían:

- El aprendizaje en la resolución de conflictos
- Aprendizaje en leyes mentales desde la “normalización”
- Aceptación de los factores “inevitables” que en la vida producen tristeza
- Formación en inteligencia emocional
- Capacitación en habilidades sociales.

Por tanto, como conclusión general podríamos afirmar que, vivimos en una sociedad donde la tolerancia a la frustración es mínima, lo cual produce impotencia que si no se transforma en acción creadora, va a dejar al individuo en

BIBLIOGRAFÍA/ WEBGRAFÍA

- Decreto 59/1997, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón. [Disponible en http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Profesionales/Legislacion/Recopilaci%C3%B3n%20Cronol%C3%B3gica/1996_2000/Decreto%2059-1997_1.pdf]
- Departamento de Salud y Consumo. (s.f.). *Boletín Oficial de Aragón. Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón.* [Disponible en <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=551628360404>]
- Apuntes de la asignatura "Trabajo Social en el ámbito de la Salud"
- <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/2002/04/02/ideas-equivocadas-depresion-7447.html>. Disponible el 13/01/2016
- <http://www.granma.cu/ciencia/2016-02-20/los-cientificos-revelan-cual-es-el-origen-de-la-depresion-20-02-2016-10-02-32>. Disponible el 13/01/2016
- <http://www.vitonica.com/enfermedades/fumar-incrementa-el-riesgo-de-depresion>
- <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=83702>. Disponible el 21/01/2016
- <http://www.lanacion.com.ar/1769731-en-el-mundo-hay-600-millones-de-personas-obesas-y-2100-millones-con-sobrepeso>. Disponible el 14/01/2016
- http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf. Disponible el 07/02/2016
- <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/depression/treatment/how-electroconvulsive-therapy-works.html>. Disponible el 07/02/2016
- http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Resena_1.pdf. Disponible el
- <http://www.portalesmedicos.com/blogs/psicologoalencia/note/3687/tratamientos-naturales.html>. Disponible el 15/04/2016
- <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/2007/05/13/cinco-pacientes-cardiacos-sufrira-depresion-2931.html>. Disponible el 14/01/2016

- Seva Diaz, A (2001) *La depresión: Los pacientes depresivos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social*. Zaragoza. Caja de ahorros de la Inmaculada.
- Rebordosa Serras, J. (1999). *La depresión*. Barcelona. Sirpus.1999
- Froján, M.X. (2006) *Tratando...: depresión: guía de actuación para el tratamiento psicológico* Madrid. Pirámide.
- De la Gándara de la Martín, J. (2004) *Depresión en pacientes de riesgo*. Barcelona. Ars Médica

Bibliografía para el estudio:

- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705705084>. Disponible el 05/01/2016
- <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/4683/5151>. Disponible el 24/11/2015
- <http://revistas.ecosur.mx/filesco/322.pdf>. Disponible el 09/12/2015
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502006000200003&script=sci_arttext&tIng=es. Disponible el 30/11/2015
- <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/>. Disponible el 11/12/2015
- https://www.researchgate.net/profile/Adalberto_Campo-Arias/publication/8205262_The_prevalence_of_symptoms_of_anxiety_and_depression_in_female_migraine_sufferers/links/0a85e5360497d0df4e000000.pdf. Disponible el 11/12/2015

ANEXO I

SEPTIEMBRE 2015

Ansiedad -> A
 Depresión -> D
~~Insomnio~~
 Insomnio -> I

Mujeres -> M
 Hombres -> H
 * -> L (Lectura)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7 P. 7 38a - DI+D 50a - PA 60a - PA 5H/2M	4 P. 8 36a - DI+D 35a - PA 2H/1M	1 8 P. 8 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 2H/1M	2 8 P. 9 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 3H/2M	3 5 P. 10 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 1H/4M	4 5 P. 11 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 1H/4M	5 5 P. 12 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 1H/4M
14 38a - DI+D 49a - PA 60a - DI+D 35a - PA 4H/2M	7 P. 15 37a - DI+D 48a - DI+D 87a - PA 2H/5M	8 P. 16 38a - DI+D 37a - PA 4H/4M	4 P. 17 38a - DI+D 37a - PA 3H/4M	1H/1M 18 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 1H/1M *	19 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 1H/1M *	20 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 1H/1M *
21 38a - DI+D 48a - DI+D 50a - DI+D 55a - DI+D 3H/13M	7 P. 22 38a - DI+D 48a - DI+D 70a - DI+D 50a - DI+D 5H/12M	8 P. 23 38a - DI+D 45a - DI+D 22a - PA 4H/4M	7 P. 24 38a - DI+D 38a - DI+D 3H/4M	7 P. 25 38a - DI+D 55a - DI+D 57a - DI+D 87a - PA 3H/13M *	26 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 1H/1M *	27 38a - DI+D 37a - PA 36a - PA 1H/1M *
28 38a - DI+D 49a - PA 71a - DI+D 35a - PA 4H/12M	6 P. 29 38a - DI+D 49a - PA 71a - DI+D 35a - PA 4H/12M	3 P. 30 38a - DI+D 49a - PA 71a - DI+D 35a - PA 2H/14M	3 P. 31 38a - DI+D 49a - PA 71a - DI+D 35a - PA 2H/14M	3 P. 32 38a - DI+D 49a - PA 71a - DI+D 35a - PA 2H/14M	3 P. 33 38a - DI+D 49a - PA 71a - DI+D 35a - PA 2H/14M	3 P. 34 38a - DI+D 49a - PA 71a - DI+D 35a - PA 2H/14M

Para descargar gratis éste y otros calendarios 2015 en alta resolución visita:
<http://ActividadesFamilia.About.com>

ANEXO II

Octubre 2015

Ansiedad → A
 Depresión → B
 Insomnio → I

Mujeres → M
 Hombres → H
 * → 1 folder
 + → Juicio

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1				8 p. GP. 48a → DI q 48a → DI q	5 p. 21a → A q 23a → A q		
2							
3				3H/6M GP. 65a → DI q 48a → DI q	2H/3M 21a → A q 23a → A q		
4							
5	78a → DD 18a → DD 38a → A + DD 2H/6M *	9 p. 5 23a → A 4 p. 6 25a → A 4 p. 7 26a → A 2H/6M * 21a → DD 90a → DD	4 p. 6 46a → A 4 p. 7 47a → A 4 p. 8 48a → A 4 p. 9 49a → A 2H/12M 43a → A 70a → A + D 43a → A	3H/6M GP. 33a → DD 33a → DI + DI 33a → A 82a → A	2H/3M 4 p. 1 49a → A		
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							

GP. 19 46a → A
 GP. 20 47a → DD
 GP. 21 48a → DD
 GP. 22 49a → DD
 GP. 23 50a → DD
 GP. 24 51a → DD
 GP. 25 52a → DD
 GP. 26 53a → DD
 GP. 27 54a → DD
 GP. 28 55a → DD
 GP. 29 56a → DD
 GP. 30 57a → DD
 GP. 31 58a → DD

Copyright Año Cobertura / Gratis para uso personal / Descarga más calendarios en <http://ActividadesFamilia>About.com>

ANEXO III

Noviembre 2015

A → Aristocrata
 D → Depresión
 I → Insomnio

Mujeres → M
 Hombres → H
 * → 1 folleto

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
9 6p 62a → D ♀ 83a → D ♀ 2H/4M	10 7p 3H/5M 82a → Δ+I ♀ 87a → Δ ♀ 84a → Δ ♀ 79a → Δ ♀	11 7p 53a → D+I ♀ 3H/4M	12 4p 56a → Δ ♀ 86a → Δ+D ♀ 41a → D ♀ 1H/3M	13 5p 62a → I ♂ 2H/3M	14	15
16 6p 67a → D ♀ 63a → Δ+D ♀ 48a → I ♂ 4H/2M	17 2p 62a → Δ+D ♂ 56a → Δ+D ♀ 2H/3M	18 9p 62a → Δ+I ♀ 72a → I+Δ+H ♀ 84a → A ♀ 86a → I 3H/4M*	19 4p 81a → Δ ♀ 4H/2M *	20 4p 43a → A ♀ 56a → Δ+D ♀ 1H/3M	21	22
23 6p 4H/5M 53a → Δ+I ♀ 84a → A ♀ 34a → A ♀ 84a → A ♀	24 15p 67a → D ♀ 62a → Δ+D ♀ 82a → Δ+D ♀ 45a → Δ+D ♀ 85a → Δ+I ♀	25 5p 87a → Δ ♀ 3H/2M	26 4p 48a → D ♀ 57a → Δ+D ♀ 4H/3M	27 5p 56a → Δ+I ♀ 54a → Δ+D ♀ 2H/2M *	28	29
30 7p 75a → Δ+I+D+I ♀ 71a → Δ+I ♀ 65a → Δ+I+D ♀ 35a → Δ+I ♀ 4H/6M						

MichelZbinden.com

© 2014 Michel Zbinden, Todos los derechos reservados

9 ↓ ↑
 27 ↓
 30 ↓