

**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Grado en Enfermería**

Curso Académico 2017 / 2018

**TRABAJO FIN DE GRADO**

Programa de Autocuidados para mejora del manejo de la depresión en  
mujeres desde la Consulta de Enfermería de Atención Primaria

**Autor/a:** Idoya Pilar Bosque García  
Director: Ángel Gasch Gallén

## INDICE

Resumen .....	3
Abstract.....	4
Introducción .....	5
Metodología.....	7
Objetivos .....	8
Objetivo Principal .....	8
Objetivos Específicos .....	8
Estrategias de Captación .....	8
Ejecución .....	9
Sesión 1 .....	10
Sesión 2 .....	11
Sesión 3 .....	12
Sesión 4 .....	13
Sesión 5 .....	14
Recursos.....	15
Evaluación del Programa .....	16
Conclusiones .....	17
Bibliografía.....	18
Anexos .....	21

## **RESUMEN**

**Introducción:** La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por un bajo estado de ánimo y la pérdida de interés por las actividades cotidianas de la vida. La prevalencia tiene un impacto socio-laboral importante y un elevado coste sanitario que se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. En el ámbito de la Atención Primaria en España, la prevalencia de trastornos depresivos se ha estimado en un 20,2% de pacientes que acuden a consulta de medicina. El tratamiento de los trastornos depresivos es considerado una prioridad sanitaria. Un obstáculo en el logro de este propósito es la baja adherencia o el abandono del tratamiento que realizan algunas personas. En cambio, se ha encontrado que los resultados clínicos de las personas incluidas en un programa interdisciplinar fueron mejores que las que fueron atendidas de manera habitual.

**Objetivo:** Reducir la existencia de depresión y mejorar la calidad de vida de las mujeres que la sufren o están en riesgo de padecerla en Atención Primaria a través de la participación en un programa de autocuidados.

**Metodología:** Se realiza una revisión bibliográfica en las principales fuentes y bases de datos planificando un programa de autocuidados específico para la depresión.

Los criterios de inclusión en el programa son: ser mujer, mayor de 18 años y menor de 65, derivación por parte de la enfermera o médico/a de familia. El programa consta de cinco sesiones, una individual (enfermera - paciente) de valoración inicial y cuatro grupales (15 participantes máximo).

Con la realización del presente programa las pacientes serán capacitadas para identificar posibles causas de su comportamiento e interiorizaran recursos para controlarlo llevando una vida más adaptativa, a través de intervenciones enfermeras como la mejora del conocimiento y manejo del problema, el aprendizaje de técnicas para favorecer la autoestima y vivencia de la sexualidad, el autocontrol y la relajación.

Este trabajo demuestra la valía de la actuación de enfermería en el tratamiento de pacientes que sufren depresión.

**Palabras clave:** depresión, trastorno depresivo, paciente psiquiátrico

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Depression is an emotional disorder characterized by low mood and loss of interest in the daily activities of life. The prevalence has an important socio-labor impact and a high health cost that occurs more frequently in women than in men. In the field of Primary Care in Spain, the prevalence of depressive disorders has been estimated in 20.2% of patients who attend medical consultation. The treatment of depressive disorders is considered a health priority. An obstacle in the achievement of this purpose is the low adherence or the abandonment of the treatment carried out by some people. On the other hand, it has been found that the clinical results of the people included in an interdisciplinary program were better than those that were attended to on a regular basis.

**Objective:** To reduce the existence of depression and improve the quality of life of women who suffer from it or are at risk of suffering it in Primary Care through participation in a self-care program.

**Methodology:** A bibliographic review is carried out in the main sources and databases, planning a specific self-care program for depression.

The criteria for inclusion in the program are: being a woman, over 18 years of age and under 65, referral from her nurse or family doctor. The program consists of five sessions, one individual (nurse - patient) of initial assessment and four groups (15 participants maximum).

With the completion of this program, patients will be trained to identify possible causes of their behavior and internalize resources to control it leading a more adaptive life, through nursing interventions such as improving knowledge and problem management, learning techniques to promote self-esteem and experience of sexuality, self-control and relaxation.

This work demonstrates the value of nursing action in the treatment of patients suffering from depression.

**Key words:** depression, depressive disorder, psychiatric patient

## **INTRODUCCIÓN**

La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por un bajo estado de ánimo y la pérdida de interés por las actividades cotidianas de la vida. (1)

La bibliografía examinada revela que viene siendo un problema muy frecuente entre la población adulta española afectando a hombres y mujeres, debido al estilo de vida y el estrés diario. (2)

La prevalencia de los trastornos depresivos, adquiere un alto impacto socio-laboral que se hace presente en el número de días en cama a causa de la enfermedad, el absentismo laboral, un déficit en la productividad y un elevado coste sanitario que es más habitual en mujeres que en hombres. (3)

Cada vez hay más individuos diagnosticados con algún trastorno mental. La suma llega hasta 450 millones de personas a nivel mundial. (4) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD - España) uno de cada cuatro individuos sufre una enfermedad mental durante su vida. (4,5)

Se considera que la prevalencia de los casos de depresión unipolar es del 1,9% en hombres y del 3,2% en mujeres, y que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres sufrirán un episodio depresivo en un año. (6)

Entre un 8% y un 15% de personas sufrirá depresión durante su vida; (7,8) unos 350 millones de personas sobrellevan este desorden a nivel mundial. (4,7,9,10) Es el trastorno mental que más afecta en el mundo (4,10) y es la principal causa de discapacidad. (7,9)

En el caso de España cada vez son más los episodios de trastornos depresivos, que perjudican a un 4% de la población total (7,11) y con una prevalencia - vida del 10.5%, según datos del estudio ESEMeD - España. (4)

En el terreno de la Atención Primaria en España, la prevalencia de la depresión se considera en un 20,2% de personas que recurren al médico, siendo mayor en mujeres (26,8%) que en hombres (8,1%). (12)

En el estudio de Kawachi, realizado en Estados Unidos, las mujeres mostraban mayor morbilidad y mortalidad en los estados donde poseían menor intervención política e independencia económica, causas que aunque igualmente influían negativamente en la salud de los hombres, parecían ser mayores en el caso de las mujeres. (13)

En un estudio con la población canadiense, Denton y Walters (1999) estimaron que los factores sociales habían sido más importantes en la salud de las mujeres que en la de los hombres, con hechos como, el estar en puestos directivos, realizar la jornada completa, tener familia y apoyo social, mientras que a los hombres les influía más no tener pareja o vivir solo. (14)

Otros estudios proponen que complementar la medicación antidepressiva con terapia cognitivo-conductual es mejor que el tratamiento solo con antidepressivos, sobretodo en pacientes más graves. (15)

El tratamiento de los trastornos depresivos es una prioridad sanitaria. Un inconveniente para conseguir el propósito es la baja adhesión o la renuncia al tratamiento de algunas personas. Las causas del abandono son la existencia de problemas en el acceso o continuidad de la atención y conductas relacionadas con emociones negativas sobre el tratamiento, especialmente el farmacológico, pero también el psicológico. La participación en el tratamiento puede ser baja por el desconocimiento del diagnóstico o por diferencias entre el tratamiento recibido, sus expectativas y creencias. (16,17,18)

En un estudio sobre la efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión, con la correspondiente implicación enfermera, percibieron que los resultados clínicos de los sujetos implicados en un programa interdisciplinar habían sido mejores que los que fueron atendidos de forma tradicional. (19,20) Diferentes estudios destacan el papel de la enfermera en el abordaje de la depresión. (21,22)

La Enfermería de Atención Primaria en España tiene experiencia en el manejo de las principales enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, etc.), por contra no se ha asumido un rol en el abordaje de los trastornos mentales, particularmente de la depresión, lo que hace necesario el diseño

de programas específicos para la mejora de los autocuidados de las personas con depresión. (23)

## **METODOLOGIA**

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica, consultado algunas de las principales fuentes y bases de datos biomédicas: Cochrane, Cuiden, Elsevier, Medline, PubMed, ScienceDirect, Dialnet y Liliacs; haciendo uso de una combinación de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y/o Medical Subject Headings (MeSH), con los operadores booleanos (AND, OR y NOT).

Para acotar la búsqueda, se han aceptado documentos publicados en los últimos siete años. Las palabras clave seleccionadas para llevar a cabo esta búsqueda, han sido: depresión, trastorno depresivo, paciente psiquiátrico.

Los criterios de inclusión han sido artículos publicados sin restricción de idioma, artículos con resumen, texto completo y de acceso gratuito.

El objetivo de esta revisión es actualizar los conocimientos sobre el tema de estudio para diseñar un programa de salud dirigido a prevenir y reducir la depresión en personas atendidas en Atención primaria.

El programa está dirigido a mujeres de entre 18 y 65 años de la población adscrita a un Centro de Atención Primaria, diagnosticadas de depresión o en riesgo de padecerla mediante detección en la consulta de Enfermería de Atención Primaria.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Principal**

Reducir la existencia de depresión y mejorar la calidad de vida de las mujeres que la sufren o están en riesgo de padecerla en Atención Primaria a través de la participación en un programa de autocuidados.

### **Objetivos específicos**

Realizar una revisión bibliográfica a cerca del estado de la cuestión sobre la depresión y las intervenciones para la atención de las personas que la sufren.

Diseñar un programa de autocuidados para la prevención y mejora del manejo de la depresión en mujeres en Atención Primaria.

### **Estrategias de captación**

Identificaremos a la población diana cuando acuda a consulta de enfermería o medicina de familia para asistencia, desde los episodios del programa OMI usado en los centros de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Se invitara de forma voluntaria a las mujeres, de 18 a 65 años, que hayan recibido diagnóstico de depresión o cuando tengamos sospecha de que las pacientes que acudan a dichas consultas estén en riesgo de padecer depresión, tras rellenar las Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Hamilton o Montgomery – Asberg (al menos dos de ellas) (Anexos 1, 2 y 3)

También se colocara el cartel del programa (Anexo 4) en diferentes partes del centro de salud y del hospital de referencia para que las personas puedan visibilizarlo.

Inicialmente se excluirán de la participación en el programa mujeres con cualquier limitación física, psíquica, idiomática o enfermedad concurrente que impida la comprensión o participación en el mismo, así como pacientes con trastorno psicótico, bipolar o trastornos de dependencia al alcohol o drogas y las pacientes gestantes o lactantes.

Esta exclusión inicial se debe a que las pacientes con patologías o trastornos más complejos necesitan una adaptación del programa propuesto a su casuística personal, por tanto una vez estudiadas las adaptaciones se



podría abrir el programa a todas las pacientes excluidas e incluso a los hombres y a las familias de apoyo de los pacientes.

## **EJECUCION**

La enfermera coordinadora organizará todos los materiales necesarios para el programa y todo el material didáctico. Dicha tarea la comenzará dos meses antes del inicio de las sesiones. Habrá un solo grupo de actuación, formado como máximo por 15 participantes. La duración completa del programa será de cinco semanas con una sesión semanal y una duración de entre 30 y 150 minutos por sesión. La preparación de los contenidos del programa se realizará dos meses antes en colaboración con el resto de profesionales participantes elaborando el material didáctico, las presentaciones de PowerPoint, el material adicional y las hojas de recomendaciones. El programa utilizará métodos directos e indirectos para transmitir la información a las pacientes:

Métodos directos: Discusión de grupo, Consejo sanitario, Intervenciones personales.

Métodos indirectos: Carteles, Folletos informativos y de recomendaciones, Presentaciones en PowerPoint.

El Programa se ha desarrollado según cronograma (Anexo 5). Las cinco sesiones serán repartidas de la siguiente manera:

<b>Sesión nº: 1</b>	<b>Lugar:</b> Consulta enfermera responsable		
<b>Responsables:</b> Enfermera que dirige el Programa	<b>Nombre de la sesión:</b> Entrevista inicial individual		
<b>OBJETIVOS</b>	<b>TECNICA DIDACTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
<p>Al menos el 90% de las mujeres que acudan a esta primera sesión se incorporaran al programa</p> <p>Identificar los casos de depresión o riesgo de padecerla en las mujeres que acuden a consulta.</p> <p>Incluir, tras la información y aceptación voluntaria, a las mujeres que cumplan los criterios en el listado de participantes en programa.</p> <p>El 90% de las mujeres que se incorporen al programa mostrara una actitud positiva al aprendizaje del manejo de la depresión.</p>	<p><b>Actividad 1:</b> Presentación de la enfermera que dirige el Programa.</p> <p><b>Actividad 2:</b> Realizar valoración inicial (Anexo 6) de la paciente, en la cual se tendrá en cuenta, posición social, etnia, condición económica, antecedentes, apoyos familiares... para detectar problemática, conocer a la paciente y su inquietud por la intención de mejoría. Recabar un teléfono de contacto de la paciente.</p> <p><b>Actividad 3:</b> Explicar en qué consiste el programa, entregándole el Díptico (Anexo 7) con el cronograma y el teléfono de contacto de la enfermera responsable.</p> <p><b>Actividad 4 :</b> Evaluación inicial (Anexo 8)</p>	<p>Consulta de enfermería</p> <p>Hoja de valoración inicial</p> <p>Díptico del programa</p> <p>Evaluación inicial</p>	<p>30 - 45 minutos</p>

<b>Sesión nº: 2</b>		<b>Lugar:</b> Sala de sesiones del Centro de Salud	
<b>Responsables:</b> Enfermera responsable y Psicólogo		<b>Nombre de la sesión:</b> ¿Qué es la depresión?	
<b>OBJETIVOS</b>	<b>TECNICA DIDACTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
<p>El 90% de las participantes reconocerán padecer depresión o estar en riesgo de padecerla.</p> <p>Verbalizar las implicaciones de la depresión en la vida cotidiana y la importancia de mantener una actitud positiva.</p> <p>Enumerar ventajas y contraindicaciones de vivir con depresión</p> <p>Describir y aplicar las pautas para reducir una crisis de ansiedad y el uso del termómetro emocional en todos los ámbitos de su vida</p>	<p><b>Actividad 1:</b> Presentación del grupo</p> <p><b>Actividad 2:</b> Presentación de PowerPoint y/o videos (anexo 9), por parte de psicólogo sobre la depresión, sus tratamientos, las principales técnicas de aprendizaje que implica la terapia cognitivo – conductual y las ventajas y contraindicaciones (anexos 10 y 11) de vivir con depresión.</p> <p><b>Actividad 3:</b> La enfermera enseñara algunas pautas para reducir una crisis de ansiedad y que es el termómetro emocional. (anexo 12 y 13)</p> <p><b>Actividad 4:</b> Recomendación del psicólogo de seguir una terapia dirigida que inicie y profundice en el conocimiento de las técnicas de la terapia cognitivo - conductual</p>	<p>Sala de Sesiones del Centro</p> <p>Proyector</p> <p>Ordenador</p> <p>Bolígrafos y folios</p>	60 minutos

<b>Sesión nº: 3</b>	<b>Lugar:</b> Sala de rehabilitación del Centro de Salud		
<b>Responsables:</b> Enfermera responsable, estilistas y personal shopper	<b>Nombre de la sesión:</b> Desarrolla tu autoestima		
<b>OBJETIVOS</b>	<b>TECNICA DIDACTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
<p>Las participantes tomaran conciencia de la imagen que tienen de ellas mismas.</p> <p>Identificaran sus características más positivas.</p> <p>Reconocerán sus aspectos más negativos.</p> <p>Valoraran sus acciones y las de los demás de la forma más adecuada.</p>	<p><b>Actividad 1:</b> Estudio de color sirve para determinar el tipo dominante a partir del sub- tono, la claridad y la intensidad de distintos colores sobre la piel, los ojos y el pelo.</p> <p><b>Actividad 2:</b> Estudio Antropomórfico, para conocer la forma básica del cuerpo y saber elegir el tipo de prendas que realzan los rasgos buenos y disimulan las zonas menos perfectas.</p> <p><b>Actividad 3:</b> Automaquillaje, aprender a cuidar la piel, las uñas y a maquillarse con pocos productos y en el menor tiempo posible.</p> <p><b>Actividad 4:</b> aprender a cuidar el pelo y hacer cinco recogidos sencillos que podamos usar en todo tipo de situaciones.</p>	<p>Maquillaje de todo tipo para rostro, ojos, labios y uñas.</p> <p>Peines y cepillos</p> <p>Secadores</p> <p>Planchas</p> <p>Pinzas, Horquillas</p> <p>Gomas</p> <p>Telas de colores</p> <p>Cartulinas recortadas de diversas formas</p> <p>Ordenador</p> <p>Fotos</p>	150 minutos

<b>Sesión nº: 4</b>	<b>Lugar:</b> Sala de sesiones del Centro de Salud		
<b>Responsables:</b> Enfermera responsable, sexóloga	<b>Nombre de la sesión:</b> Resuelve problemas de sexualidad		
<b>OBJETIVOS</b>	<b>TECNICA DIDACTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
<p>Analizar, reflexionar y proponer cambios sobre las ideas, valores y actitudes actuales sobre el sexo y las relaciones sexuales.</p> <p>Plantear un procedimiento de aprendizaje y erotización de la vida sexual entrenando en diversas estrategias para potenciar el deseo, fomentar las fantasías, el erotismo del cuerpo, de los sentidos y el placer.</p>	<p><b>Actividad 1:</b> Sexo y sexualidad. Mitos. Lo que sabemos y no sabemos. Casos prácticos.</p> <p><b>Actividad 2:</b> ¿Que es el suelo pélvico? ¿Para qué sirve? ¿Qué son las bolas chinas? ¿Cómo usarlas?</p> <p><b>Actividad 3:</b> Estrategias prácticas para fomentar el propio deseo: Fantasías y erotismo del nuestro cuerpo y nuestra pareja. Habilidades de acercamiento y seducción. La clave erótica.</p> <p><b>Actividad 4:</b> Estrategias prácticas para fomentar el deseo en pareja: Técnica del Placereado. Técnicas derivadas del método Lopiccolo y Heiman.</p>	<p>Ordenador</p> <p>Proyector</p> <p>Distintos tipos de bolas chinas de muestra.</p> <p>Variedad de objetos y juguetes sexuales de muestra</p>	120 minutos

<b>Sesión nº: 5</b>	<b>Lugar:</b> Sala de sesiones del Centro de Salud, el parque y sala de rehabilitación del Centro		
<b>Responsables:</b> Enfermera responsable y entrenador personal		<b>Nombre de la sesión:</b> Actívate	
<b>OBJETIVOS</b>	<b>TECNICA DIDACTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
<p>Desarrollar la práctica del deporte como recreación, divertimento y complemento fundamental de una vida sana.</p> <p>Fomentar adquisición de hábitos permanentes de actividad física y deportiva, como elemento para su desarrollo personal y social.</p> <p>Saber organizar actividades físico-deportivas adecuadas a la edad y necesidades, en consonancia con su edad y/o patologías ocupando parte del tiempo de ocio de manera activa, lúdica y divertida.</p>	<p><b>Actividad 1:</b> Charla de 60 minutos con apoyo de PowerPoint sobre diferentes deportes y actividades físicas en las que pueden iniciarse las participantes del programa, indicando sitios a los que pueden dirigirse para realizarlos.</p> <p><b>Actividad 2:</b> Paseo de 60 minutos de duración por el barrio y el parque como muestra de que una actividad física puede ser placentera.</p> <p><b>Actividad 3:</b> 30 minutos de posturas de yoga, estiramientos y relajación en la sala de rehabilitación del centro de salud.</p> <p><b>Actividad 4:</b> Realización de encuestas y test iniciales para valoración de progreso y encuesta de valoración final (Anexo 14).</p>	<p>Ordenador</p> <p>Proyector</p> <p>Esterillas</p>	150 minutos

## **RECURSOS**

Para llevar a cabo el programa se necesitan los siguientes recursos:

Recursos humanos: El programa cuenta con una enfermera de Atención Primaria, que preparará y dirigirá el Programa y realizará las sesiones colaborando con un psicólogo, dos estilistas – peluqueras, una personal – shopper, una sexóloga y una entrenadora personal.

Recursos materiales: se precisará de la sala de sesiones del Centro de Salud bien acondicionada, provista de un ordenador, un proyector y sillas con paleta y la sala de rehabilitación del centro, provista de esterillas para realizar ejercicios en el suelo y sillas para disponer en círculo.

Material diverso: Carteles informativos, Folletos informativos, Encuestas impresas, Folletos de recomendaciones.

El presupuesto desglosado (Anexo 15) suma en el apartado subtotal 5.362,64€ de los cuales solo serían gastos a considerar un total de 2.307€, el resto del presupuesto está incluido en los salarios habituales de los profesionales necesarios para impartir el programa. Los materiales cuya partida presupuestaria es 0, están incluidos en las sesiones contratadas o en el presupuesto de mantenimiento del Centro de Salud.

Para financiar las partidas finalmente presupuestadas se podría pedir la colaboración de Asociaciones como: la Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón (AFDA), la Academia Artemiss y otras entidades de características similares, con aportación de profesionales y parte del presupuesto, asumiendo el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) el presupuesto restante.

## **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**

La evaluación es una herramienta que ayuda a identificar y corregir errores permitiéndonos hacer las intervenciones más eficientes y efectivas.

Estructura física: se valorarán las instalaciones usadas y si ha sido suficiente el espacio para el desarrollo de las sesiones.

En cuanto a los recursos:

Materiales se valorará su utilidad y suficiencia.

Humanos se valorará la participación de las personas implicadas y grado de satisfacción. Se determinará si han sido suficientes los recursos humanos empleados en cada sesión.

Evaluación del proceso, en las dinámicas se tendrá en cuenta: el ambiente del grupo, rol del educador y la comunicación. Se valorará mediante encuesta. (Anexo 16)

Evaluación de los resultados:

Valoración inicial: consistirá en realización de un test para conocer el grado de conocimientos previos al programa. (Anexo 6)

Valoración final: se valorará la eficacia de la intervención, cambios en el nivel de conocimientos post intervención (anexo 6), cambios en las habilidades y destrezas (Anexos 1, 2 y 3). Se valorará el cumplimiento de los objetivos previstos. Se realizará una encuesta final. (Anexo 14)



## **CONCLUSIONES**

La depresión es un problema tan frecuente como desconocido. Desde enfermería apenas se ha asumido un rol específico en el abordaje de los problemas de salud mental susceptibles de ser intervenidos por estas profesionales en Atención Primaria. Con la realización de nuestro programa las pacientes conocerán qué es la depresión detectando posibles causas de su comportamiento así como interiorizará recursos para controlarla llevando una vida más adaptativa.

Este trabajo demuestra la valía de la actuación de enfermería en el tratamiento de pacientes que sufren depresión.

Un programa de autocuidados centrado en mejora del conocimiento y manejo del problema, en el aprendizaje de técnicas para favorecer la autoestima y la vivencia de la sexualidad, en el autocontrol y la relajación, facilita, el afrontamiento del trastorno por parte de las pacientes, que puede ser más eficaz.

Al proporcionar la enseñanza sobre la depresión puede mejorar el bienestar de las mujeres que forman parte de este tipo de programas.

## BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.fundacionanaed.es/index.php/guia-de-la-depresion>
2. Quintero AO. Sentido de la vida, ansiedad y depresión en la mujer madura. 2015; 2(4):467-2.
3. Lépine J. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. J Clin Psychiatry 2001; 62(suppl 13):1,478-10.
4. Cibersam. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. [Internet]. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de economía y competitividad; 2014. Plan estratégico 2014-2016. Citado y disponible en: [http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1\\_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM\\_2014\\_vf\\_161213.pdf](http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM_2014_vf_161213.pdf).
5. Camacho B. Veritas. [Internet]. España; 2015. Prevalencia de las enfermedades mentales en Europa y España. Citado y disponible en: <http://veritaslaverdad.blogspot.com.es/2015/02/prevalencia-de-las-enfermedades.html>.
6. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
7. EFE. EFE: Salud. [Internet]. Madrid; 2015. Las cifras de la depresión. Citado y disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/las-cifras-de-la-depresion/>.
8. Portalatín BG. El Mundo. [Internet]. Madrid: Diario El Mundo; 2015. Radiografía de la depresión en España. Citado y disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/02/17/54e34b4ce2704ea6698b457b.html>.
9. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. España: OMS; 2017. Depresión. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
10. PAHO. Pan American Health Organization. [Internet]. Washington, D.C: WHO; 2017. La depresión trastorno mental más frecuente [cited 2017 Febrero 8]. Citado y disponible en: [http://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1251:da%C2%ADa-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-ma%C2%A1s-frecuente&Itemid=0&lang=es](http://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=1251:da%C2%ADa-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-ma%C2%A1s-frecuente&Itemid=0&lang=es)

11. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. aepcp. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Citado y disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>.
12. Hortal EG, Royo JV, Abad JH, Soriano IB, Blanca AJ, Prat MA. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Atención Primaria 2002; 29(6):329-335.
13. Aznar MPM, Guerrero K, Matías RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. International Journal of Clinical and Health Psychology 2006; 6(1):7-21.
14. Heerlein A. Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2002; 40:63-76.
15. Ministerio de sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008; 2006(10).
16. Neira R María Elena, Cova S Félix, Nazar C Gabriela, Parra L Lorena, Ortiz R Néstor. Percepción de Mujeres Consultantes de Atención Primaria Sobre el Abandono del Tratamiento de la Depresión. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 Ago [citado 2018 Abr 23]; 18 (2): 31-39. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000200004&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200004&lng=es)
17. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Med Chil. 2007; 135(5): 647-652.
18. Martín L, Grau JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y salud. 2004; 14(1): 89-99.
19. López-Cortacans G et ál. Efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión en AP. Metas de Enferm mar 2012 [citado 2018 Abr 23]; 15(2): 28-32 Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80288/>

20. Aragonés E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, et ál. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). BMC Public Health 2007; 7:253.
21. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. Gen Hosp Psychiatry 2001; 23:138-144.
22. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. Can J Psychiatry 2006; 51(Suppl. 1):7S-72S.
23. Aragonés E, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Caballero A, Labad A, et ál. Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain. Perspect Psychiatr Care. 2008; 44:248-258.

## ANEXOS

### Anexo 1 ESCALAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

**EDAD:**

**Sexo:** Hombre / Mujer

**Consulta a la que acuden:** Médico de familia / Enfermería

**Estado laboral:** Activo / parado / jubilado / otros

**Carga familiar:** Hijos / ancianos / otros      **Nº personas a su cargo:**

¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?      Si      No

¿Ha estado preocupado por algo?      Si      No

¿Se ha sentido muy irritable?      Si      No

¿Ha tenido dificultad para relajarse?      Si      No

(Continuar si 2 o más respuestas son afirmativas)

¿Ha estado preocupado por algo?      Si      No

¿Se ha sentido muy irritable?      Si      No

¿Ha tenido dificultad para relajarse?      Si      No

(Continuar si 2 o más respuestas son afirmativas)

¿Ha dormido mal? ¿Ha tenido dificultades para dormir?      Si      No

¿Ha tenido dolor de cabeza o nuca?      Si      No

¿Ha tenido algún síntoma de estos: temblores, hormigueo, mareos, sudores o diarrea?      Si      No

¿Ha estado preocupado por su salud?      Si      No

¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?      Si      No

¿Se ha sentido con poca energía?      Si      No

¿Ha perdido interés por las cosas?      Si      No

¿Ha perdido la confianza en sí mismo?      Si      No

¿Se ha sentido desesperado?      Si      No

¿Ha tenido dificultades para concentrarse?      Si      No

(Continuar si 2 o más respuestas son afirmativas)

¿Ha perdido peso a causa de la falta de apetito?      Si      No

¿Se ha estado despertando antes de hora?      Si      No

¿Se ha sentido más lento?      Si      No

¿Cree que se encuentra peor por las mañanas?      Si      No

## Anexo 2 ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HAM-D)

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

<b>Ítems</b>	<b>Criterios operativos de valoración</b>
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

**Fuente:** Ramos-Brieva J, Cordero Villafafi la A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986; 14:324-34).

### Anexo 3 MONTGOMERY ASBERG DEPRESSION RATING SCALE (MADRS)

<p>1. Tristeza aparente El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mínima. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.</p> <p>0. No tristeza</p> <p>1.</p> <p>2. Parece demasiado, pero se anima fácilmente</p> <p>3.</p> <p>4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo</p> <p>5.</p> <p>6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido</p>
<p>2. Tristeza expresada El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de lo que exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo. Evalúe de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:</p> <p>0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales</p> <p>1.</p> <p>2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas</p> <p>5.</p> <p>6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia</p>
<p>3. Tensión interior El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuente o duración de la tranquilidad perdida:</p> <p>0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna</p> <p>1.</p> <p>2. Ocasional sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad</p> <p>5.</p> <p>6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador</p>
<p>4. Sueño reducido El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.</p> <p>0. Sueño como los normales.</p> <p>1.</p> <p>2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero</p> <p>3.</p> <p>4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas</p> <p>5.</p> <p>6. Menos de 2 o 3 horas de sueño</p>
<p>5. Disminución del apetito El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.</p> <p>0. Apetito normal o aumentado</p> <p>1.</p> <p>2. Apetito ligeramente disminuido</p> <p>3.</p> <p>4. No apetito. Los alimentos saben mal</p> <p>5.</p> <p>6. Necesidad de persuasión para comer</p>
<p>6. Dificultad de concentración El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.</p> <p>0. Ninguna dificultad de concentración</p> <p>1.</p> <p>2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos</p> <p>3.</p> <p>4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer</p> <p>5.</p> <p>6. Incapacidad para leer o conversar con gran dificultad</p>



<p>7. Laxitud, Abulia El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:</p> <p>0. Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad</p> <p>1.</p> <p>2. Dificultad para iniciar actividades</p> <p>3.</p> <p>4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo</p> <p>5.</p> <p>6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda</p>
<p>8. Incapacidad para sentir El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.</p> <p>0. Interés normal por las cosas y la gente</p> <p>1.</p> <p>2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales</p> <p>3.</p> <p>4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos</p> <p>5.</p> <p>6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas El paciente expresa pensamientos de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.</p> <p>0. No pensamientos pesimistas</p> <p>1.</p> <p>2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones</p> <p>3.</p> <p>4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo</p> <p>5.</p> <p>6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable, Autoacusaciones absurdas e irreducibles</p>
<p>10. Ideación suicida El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.</p> <p>0. Se alegra de vivir. Toma la vida como vine</p> <p>1.</p> <p>2. Cansado de vivir. Ideas de suicidas fugaces</p> <p>3.</p> <p>4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención</p> <p>5.</p> <p>6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad, Activa preparación para suicidio</p>

**Fuente:** Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) 2002; 118(13):493-9.



### Anexo 5 CRONOGRAMA (elaboración propia)

2018	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo				Junio				Julio
Planificación del Programa													
Propuesta de los temas a tratar													
Diseño y planificación del contenido de las sesiones													
Análisis y búsqueda de recursos humanos y materiales													
Preparación y planificación de fechas y horarios													
Sesión 1							24						
Sesión 2								31					
Sesión 3									7				
Sesión 4										14			
Sesión 5											21		
Evaluación global													

## **Anexo 6 ENTREVISTA DE VALORACIÓN**

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE AUTOCUIDADOS PARA MEJORA DEL MANEJO DE LA DEPRESION EN MUJERES DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA

DATOS DEL PACIENTE

**Nombre y Apellidos:**

**Edad:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

1. Presentación de la enfermera y explicación de entrevista de valoración.
2. Recogida de datos relativos a la infancia (relación con los padres, tipo de educación, hechos significativos que recuerde, personalidad de las figuras de apego...)
3. Conciencia del problema y motivación para participar en el programa.
4. ¿Qué problemas cree que tiene usted y desde cuándo?
5. ¿Qué le preocupa?
6. ¿Cómo se definiría usted como persona?
7. ¿Y en sus relaciones de pareja?
8. ¿Tiene miedo a estar solo?
9. ¿En qué situación emocional se encuentra ahora?
10. ¿Cómo duerme?
11. ¿Le duele habitualmente la cabeza? ¿Cómo? ¿Dónde?
12. ¿Se siente con poca energía, cansado?
13. ¿Por qué cree que debería participar en un programa de autocuidados para la depresión?
14. Determinar expectativas-objetivos concretos que el paciente tiene respecto al programa. ¿Qué es lo más importante/prioritario cambiar durante y tras acabar el programa?
15. Antecedentes médicos y psiquiátricos significativos (preguntar por trastornos de la conducta alimentaria, cuadros ansioso depresivos, episodios de autolesiones, insomnio, ideas suicidas...)
16. Edad en que comenzó a tomar medicación psiquiátrica y tipo de tratamiento

- 17.¿Ha necesitado alguna vez un ingreso psiquiátrico?
- 18.Indicación de idoneidad para participar en el programa (marcar con un círculo)
- a) No cumple requisitos clínicos
  - b) No existe colaboración ni motivación por parte del paciente
  - c) Se pospone decisión por.....(apuntar motivo)
  - d) SE ACEPTA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA
- 19.Explicación del programa

Fecha y firma legible de la enfermera

**Fuente:** García García, M.E., Falcón Alberro, A. (dir) Programa de educación para la salud: Dirigido a los pacientes que sufren "dependencia emocional". [Trabajo Fin de Grado en Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2016.  
Citado y disponible: <https://zaguan.unizar.es/record/57471/files/TAZ-TFG-2016-517.pdf>

### Anexo 7 DÍPTICO DEL PROGRAMA (elaboración propia)

<p><b>Dirigido por:</b> Enfermera Atención Primaria  <b>Precio:</b> Gratuito  <b>Lugar:</b> Centro de Salud Picarral</p> <p><b>Información / Inscripción:</b>  atencionprimaria@enfermeria.es</p>	<p><b>PROGRAMA PARA MEJORA DEL MANEJO DE LA DEPRESIÓN</b></p>  <p><b>Dirigido a:</b> Mujeres de 18 a 65 años  <b>Fechas:</b> 24 y 31 de mayo, 7, 14 y 21 de junio</p>
<p><b>Resumen:</b> La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por un bajo estado de ánimo y la pérdida de interés por las actividades cotidianas de la vida. En el ámbito de la Atención Primaria en España, la prevalencia de trastornos depresivos se ha estimado en un 20,2% de pacientes que acuden a consulta de medicina. El objetivo es reducir la existencia de depresión y mejorar la calidad de vida de las mujeres que la sufren o están en riesgo de padecerla a través de la participación en un programa de autocuidados.</p>	<p><b>Sesion 1</b> Entrevista Individual  <b>Sesion 2:</b> ¿Qué es la Depresión?  <b>Sesion 3:</b> Desarrolla tu autoestima  <b>Sesion 4:</b> Resuelve problemas de sexualidad  <b>Sesion 5:</b> Actíivate</p>

## **Anexo 8 HOJA DE EVALUACIÓN INICIAL (elaboración propia)**

1. Definición de depresión.
2. Definición de Inteligencia emocional.
3. ¿Qué es la empatía?
4. ¿Qué es Autoestima?

## **Anexo 9 VIDEOS PARA CONOCER LA DEPRESIÓN**

Fuente: Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=dR4k8GBgWRw>

<https://www.youtube.com/watch?v=cxG50TuyM4E>

## **Anexo 10.**

ENUMERAR VENTAJAS/BENEFICIOS QUE TIENE VIVIR SIN ANSIEDAD

Mejorar la calidad de vida en general.

Prevenir la aparición y desarrollo de enfermedades y trastornos psicológicos

Disfrutar de espacios de quietud, autorregulación y auto cuidado.

Mejorar en el desempeño profesional, convivencia y relaciones familiar y laboral.

Identificar claramente los estímulos estresores y reducir el estrés físico y mental

Desarrollar habilidades de regulación emocional y conductual.

Vivir en armonía

Mejorar la vida de los demás.

**Fuente:** Delgado Lopez, M.F., Palomino Moral, P.A. Programa de educación para la salud dirigido a reducir la ansiedad y depresión en paciente de Atención Primaria. [Trabajo Fin de Grado en internet]. [Jaén]: Universidad de Jaén; 2016. Citado y disponible en: [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2818/1/TFG\\_MARIA\\_FRANCISCA\\_DELGADO\\_LOPEZ.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2818/1/TFG_MARIA_FRANCISCA_DELGADO_LOPEZ.pdf)

## **Anexo 11 CONOZCO LAS CONTRAINDICACIONES DE LA ANSIEDAD**

Irritación: Tiene una actitud destructiva, discutiendo por cualquier motivo.

Mal humor: Está deprimido siempre y los pensamientos son negativos.

Preocupación constante: Se siente superado por cualquier acontecimiento.

Recelo y suspicacia: Cree que todo está en contra suya.

Egoísmo y ambición: Tiene poco respeto con los otros.

Incapacidad y dependencia: Elude responsabilidades y le cuesta tomar decisiones.

Falta de control emocional: Reacciones excedidas ante diferentes situaciones.

Distante: Pensando más en fantasías que en la realidad.

Hipocondríaco: Preocupándose e imaginando posibles enfermedades.

**Fuente:** Disponible en [www.todosobrelaansiedad.com/efectos-secundarios-de-los-medicamentos-para-la-ansiedad](http://www.todosobrelaansiedad.com/efectos-secundarios-de-los-medicamentos-para-la-ansiedad).

## **Anexo 12 COMO REDUCIR LA ANSIEDAD**

1. Tomar descansos periódicos.
2. Beber de 6 a 8 vasos de agua al día: dos por la mañana, dos después de comer, dos después de la cena.
3. Reducir la consumición de café, té, u otros estimulantes.
4. Salir a pasear al aire libre.
5. Valorarte a ti mismo y a los demás.
6. Tener un espíritu animoso.
7. De vez en cuando siéntate cómodo, cierra los ojos durante un minuto más o menos.
8. Buscar un lugar tranquilo y calmado donde se pueda ir todos los días a estar durante un determinado tiempo.
9. Comer una dieta equilibrada.

10. Tomar vacaciones. Frecuentes y cortas vacaciones son mejor que unas vacaciones largas.
11. Desear buenas cosas a las personas que uno se encuentra.
12. Hacer ejercicio físico al menos tres veces a la semana.
13. Dormir de 7 a 8 horas cada noche.
14. Reírse...No tomar las cosas demasiado seriamente.
15. Tener algún hobby. Hacer algo que te gusta, aparte del trabajo.
16. Encarar las dificultades. Conocer tus prioridades. Dar algunos pasos para cambiar o resolver aquello que se desea. No preocuparse sobre el resto.
17. Buscar la ayuda o el consejo de aquellas personas en que se confía.
18. Esforzarse en pensar y actuar como la persona que a tú te gustaría ser. Los pensamientos y las actitudes dirigen la acción, y la acción dirige los pensamientos y las actitudes.
19. Administrar nuestra rabia, enfado y frustración. Tomar responsabilidades por nuestros sentimientos. Permitir que nuestra rabia se enfríe y luego expresarla de forma adecuada, asertiva: teniendo en cuenta nuestras necesidades y también las del otro.
20. Permitir el deleitarte con pensamientos agradables.
21. Ser agradecido a la gente;
22. Estar preparado para permitir y admitir lo inesperado.
23. Tratar a las personas con la misma consideración que queremos que nos traten.
24. Darse cuenta cuando los músculos están tensos e inmediatamente hacer ejercicios de relajamiento. Preguntarse también por qué están tensos.
25. Crearse una cierta rutina. Introducir una cierta regularidad en nuestras vidas: tiempo determinado para las comidas, prácticas religiosas, recreación, lectura...
26. Hacer una lista realista de las tareas que debemos realizar cada día. Procurar no excederse.
27. Preocuparse de que nuestra vida tenga una cierta variedad con respecto a personas, lugares, pensamientos.
28. Aprender a decir "NO".



- 29. Dejar de fumar.
- 30. En el diálogo, dar opción a que las personas acaben las frases. no meterles prisa.
- 31. Mantener el contacto periódico con tus amigos y familiares.
- 32. Conducir sin superar la limitación de velocidad. Parar el coche cuando el semáforo está en ámbar.
- 33. Practicar periódicamente el masaje de pies, cuello, cara.
- 34. Reducir el consumo de alcohol.

**Fuente:** Disponible en: <http://barcelonaalternativa.es/tecnicas-para-tratar-la-ansiedad/>

### **Anexo 13 TERMÓMETRO EMOCIONAL.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

#### **TERMÓMETRO EMOCIONAL**



¿Cómo te sientes en este momento?

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Fuente:** Disponible en: <https://crecerconamor.files.wordpress.com/2015/03/mi-termometro-emociones.jpg>

## **Anexo 14 ENCUESTA DE VALORACIÓN FINAL**

Queremos conocer su satisfacción en el programa psicoeducativo con el objetivo de mejorar la calidad de la atención prestada, por lo que le pedimos su colaboración respondiendo a este formulario de manera anónima.

Marque con una X la puntuación que considere más acorde (1 muy deficiente, 5 excelente)

### **VALORACIÓN DEL CONTENIDO DEL PROGRAMA**

Los contenidos han cubierto sus expectativas	1	2	3	4	5
Los temas se han tratado con profundidad	1	2	3	4	5
Los contenidos han sido de utilidad para usted	1	2	3	4	5
La organización de las sesiones ha sido	1	2	3	4	5

### **VALORACIÓN de los OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

Los objetivos fueron comunicados previamente	1	2	3	4	5
Los objetivos se han transmitido de forma clara	1	2	3	4	5
Los objetivos están adecuados al programa	1	2	3	4	5
Respondieron los objetivos a sus necesidades	1	2	3	4	5

### **VALORACIÓN DE LA METODOLOGÍA**

La utilización de medios audiovisuales	1	2	3	4	5
La utilización de dinámicas de grupo	1	2	3	4	5
La duración de las sesiones	1	2	3	4	5
Las condiciones ambientales: sala, mobiliario...	1	2	3	4	5

### **VALORACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA**

Calificación general del programa	1	2	3	4	5
-----------------------------------	---	---	---	---	---

Comentarios/Quejas/Sugerencias:

**Fuente:** García García, M.E., Falcón Albero, A. (dir) Programa de educación para la salud: Dirigido a los pacientes que sufren "dependencia emocional". [Trabajo Fin de Grado en Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2016.

Citado y disponible: <https://zaguan.unizar.es/record/57471/files/TAZ-TFG-2016-517.pdf>

### Anexo 15 PRESUPUESTO (elaboración propia)

<b>RECURSOS HUMANOS</b>					
<b>OCUPACION</b>	<b>SALARIO MES</b>	<b>SALARIO HORAS</b>	<b>HORAS/ MINUTOS / SESION</b>	<b>SUBTOTAL</b>	<b>TOTAL</b>
Enfermera	1.600€/mes	10,88€	9 horas	97,92€	0
Psicólogo/a	1.800€/mes	12,24€	60 min.	12,24€	0
Estilistas – Peluqueras	45€/sesión y persona		15 sesiones	675€	675€
Personal Shopper	50€/sesión y persona		15 sesiones	750€	750€
Sexóloga/o	1.800€/mes	12,24€	120 min.	24,48€	0
Entrenadora Personal	40€/sesión y persona		15 sesiones	600€	600€
<b>Total</b>				<b>2.159,64€</b>	<b>2.025€</b>

<b>RECURSOS MATERIALES</b>				
<b>MATERIAL</b>	<b>COSTO</b>	<b>UNIDADES</b>	<b>SUBTOTAL</b>	<b>TOTAL</b>
Sala Sesiones	0€		0€	0
Sala Rehabilitación	0€		0€	0
Carteles	4,60€	30	138€	138€
Díptico	0,70€	200	140€	140€
Encuestas Evaluación – Satisfacción	0,04€	50	4€	4€
Bolígrafos	0,20€	50	20€	0
Folios	0,01€	100	1€	0
Maquillaje rostro	30,00€	15	450€	0
Maquillaje labios	30,00€	15	450€	0
Maquillaje ojos	30,00€	15	450€	0
Maquillaje uñas	30,00€	15	450€	0
Peines, cepillos, secadores...	300,00€	1	300€	0
Telas colores, cartulinas, fotos	50,00€	1	50€	0
Bolas chinas, juguetes...	300,00€	1	300€	0
Otros gastos	30,00€	15	450€	0
<b>Total</b>			<b>3.203€</b>	<b>282€</b>

## **Anexo 16 ENCUESTA VALORACIÓN DEL PROCESO**

Queremos conocer su satisfacción con las sesiones de este programa con el objetivo de mejorar la calidad de la atención prestada, por lo que le pedimos su colaboración respondiendo a este formulario de manera anónima.

Marque con una X la puntuación que considere más acorde (1 muy deficiente, 5 excelente)

### **¿Cuál es su valoración del tema de la sesión?**

Interés	1	2	3	4	5
Utilidad	1	2	3	4	5

### **Valoración del profesor**

Participación de los alumnos	1	2	3	4	5
Trabajo en grupo	1	2	3	4	5
Los contenidos han cubierto sus expectativas	1	2	3	4	5
Los temas se han tratado con profundidad	1	2	3	4	5
Uso de medios audiovisuales / apoyo	1	2	3	4	5
Uso de dinámicas de grupo	1	2	3	4	5

### **Valoración de los materiales de apoyo en la sesión**

Interés	1	2	3	4	5
Utilidad	1	2	3	4	5

Comentarios/Quejas/Sugerencias

**Fuente:** García García, M.E., Falcón Albero, A. (dir) Programa de educación para la salud: Dirigido a los pacientes que sufren "dependencia emocional". [Trabajo Fin de Grado en Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2016.  
Citado y disponible: <https://zaguan.unizar.es/record/57471/files/TAZ-TFG-2016-517.pdf>