



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

**Facultad de Psicología**

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA  
DEPRESIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO  
EN UNIVERSITARIOS**

**Presentado por:**

**Marisa Ortí Carrió**

**Tutor/a:**

**D<sup>a</sup> Fátima Lorca Alamar**

**D<sup>a</sup> Gabriela Acosta Escareño**

**Valencia, a 02 de junio de 2019**

Programa de tratamiento de la depresión y prevención del suicidio en universitarios. Marisa Ortí Carrió. Universidad Católica San Vicente Mártir. Facultad de Psicología. 46001.

## RESUMEN

Cada año son más los universitarios que muestran sintomatología depresiva e ideación y/o conducta suicida, tanto que se ha convertido en un problema de la sociedad actual. En el tratamiento de la depresión y la prevención del suicidio es necesario abarcar los factores de sentido de la vida bajo y la desesperanza para poder ofrecer un plan de tratamiento completo, debido a que estos factores correlacionan directamente con la sintomatología. En este trabajo se desarrolla un programa con la finalidad de tratar la depresión y prevenir el suicidio en las universidades, trabajando el sentido de la vida bajo y la desesperanza. Se pretende ofrecer una evaluación clínica y diagnósticos mediante un cribado inicial, dar información en sesiones introductorias, brindar tratamiento a lo largo de cinco módulos y prevenir las recaídas, fomentando el mantenimiento en una sesión de cierre. Se realizarán sesiones de seguimiento de los pacientes pasados 1, 3 y 6 meses para observar si se han mantenido los resultados o si ha habido alguna recaída o mejora. Se valorarán las variables de sintomatología depresiva, suicidio, sentido de la vida y desesperanza en una evaluación pretest y postest. Con este programa se ofrece ayuda a aquellos estudiantes que la necesiten, previniendo el abandono estudiantil y ofreciendo una herramienta útil a aquellas universidades que lo soliciten.

It can be observed every year that there is an increasing number of university students that suffer depressive symptomatology and suicidal thinking and/or suicidal tendency. This is a serious social problem nowadays. In the treatment of depression and suicide prevention, it is necessary to focus on low self-esteem (low esteem of life) and despair to offer a full treatment as these factors correlate directly with the symptomatology. In this study, it is developed a full program with the aim of treating depression and preventing suicide at universities, focusing on low esteem of life and despair. The objective is to offer a clinical evaluation and diagnoses through an initial screening, provide information in induction sessions, offer treatment in five modules and prevent relapses, fostering maintenance in a closing session. Follow-up sessions in periods of 1, 3 and 6 months are proposed to patients with the aim of observing the stability of patients (focusing on relapses or improvements). The variables of depressive symptomatology, suicide, meaning of life and hopelessness in a

pretest and posttest evaluation will be evaluated. With this program, university students are offered help, thus preventing dropouts and proposing a useful tool to universities.

**PALABRAS CLAVE.**

Programa, Depresión, Suicidio, Universitarios.

## INTRODUCCIÓN

### **Definición, características y prevalencia de la depresión, suicidio, sentido de la vida y desesperanza.**

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en el mundo y uno de los principales motivos por los cuales la gente acude a una consulta clínica (Kaplan, 1995; Angst, 1996). Autores como Velásquez (2010) argumentan que entre un 10% y un 20% de la población mundial ha experimentado como mínimo un episodio depresivo mayor durante su vida.

Este trastorno se caracteriza por la experimentación de sentimientos de tristeza y culpa, pérdida del interés o placer, falta de autoestima, trastornos del apetito o del sueño, falta de concentración y una sensación de cansancio (OMS, 2012). La Asociación Americana de Psicología (2012), considera que podemos encontrar sentimientos de desesperanza e incluso pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Existen factores genéticos y psicosociales que hacen que ciertas personas sean más vulnerables a desarrollar o padecer un trastorno depresivo (Arrivillaga, Cortés, Goicochea, y Lozano, 2004). Por ejemplo, tener un pobre apoyo social o no tener ningún confidente (Kaplan, 1995) se consideran factores de riesgo. Las variables individuales como los antecedentes familiares y personales, experimentar eventos críticos o el consumo de alcohol entre otros, también juegan un papel importante (Arrivillaga et al., 2004).

También cobra importancia la configuración psicológica de la persona, ya que tener un pobre opinión de uno mismo, juzgarse a uno mismo o al mundo constantemente de manera pesimista e incluso dejarse llevar por la presión, pueden ser factores que aumenten la vulnerabilidad de la persona respecto a padecer depresión (Sue, 1997).

Zamora (1998) estableció que las situaciones estresantes como la inestabilidad económica, la separación de los padres o tener un escaso repertorio o un déficit en las estrategias de afrontamiento, podían llegar a ser un desencadenante de un episodio depresivo recurrente. Los eventos estresores o amenazantes como las dificultades académicas son factores determinantes. Además, la depresión puede estar relacionada con la pérdida de interés o la disminución de actividades académicas e incluso del descenso del rendimiento académico o el abandono estudiantil (Arrivillaga et al., 2004).

Estudios epidemiológicos sobre la depresión evidencian que las mujeres tienen un mayor riesgo de padecerla a lo largo de su vida. Existen varias hipótesis acerca de la causa.

Una de ellas es que las mujeres son más propensas que los hombres a buscar ayuda o tratamiento clínico, por lo que se tienen más datos respecto al género femenino. La otra se basa en que las mujeres pueden tener un mayor riesgo debido a situaciones biológicas como puede ser el síndrome premenstrual, estrés, problemas de tiroides, etc. (Tellez, 2000).

La universidad es un ámbito en el que se desarrolla comúnmente la depresión en comparación con la población general (Arias, 2004; Cuenca, Almirón, Czernick y Marder, 2005; Miranda, Gutiérrez, Buitrago y Escobar, 2000). Esto en parte es debido a que los universitarios tienen una edad comprendida entre la adolescencia y la adultez temprana, donde aparecen ciertos aspectos evolutivos como el consumo de drogas, evaluaciones académicas, expectativas altas, falta de apoyo social y económico, problemas de adaptación al entorno universitario, el cambio de ciudad, el distanciamiento de la familia, nuevas responsabilidades, etc. (Amézquita, González, y Zuluaga, 2003).

La depresión en universitarios puede manifestarse de diversas maneras, por ejemplo con el absentismo escolar o un reiterado fracaso académico. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, reveló que de los 19 millones de adultos que padecen depresión, un alto porcentaje son universitarios. El 30% de los universitarios que cursan su primer año de carrera dicen estar abrumados y el 40% dicen que han llegado a tener que buscar ayuda en el centro de orientación (Arrivillaga et al., 2004).

Se ha conseguido establecer en qué carreras universitarias se percibe una mayor sintomatología depresiva e ideación suicida, destacando medicina, odontología y psicología (Coffin, Zúñiga y Coria, 2011).

La conducta suicida es considerada un problema de salud pública internacional. En la gran mayoría de los países el suicidio es una de las primeras causas de muerte en las edades de entre los 15 y los 34 (Macip, Martínez, León, Forteza y Núñez, 2000). La OMS (2004) confirma que en los últimos años los casos de muerte por suicidio han aumentado en un 60%, y se especula que en el año 2020 las víctimas anuales llegan a ser de 1,5 millones. Mientras, las cifras de intentos de suicidio son entre 10 y 40 veces superior. Se ha estimado que se producen unos mil suicidios anuales en las universidades del mundo (American Association of Suicidology, 2006). En España hay una de las tasas de suicidio más bajas de toda la Unión Europea, pero se ha percibido un aumento a lo largo de los años (Chisti, Stone, Corcoran, Williamson y Petridou, 2003).

Los factores de riesgo en relación al suicidio son por ejemplo el sexo, ya que se ha encontrado que mientras que las mujeres muestran más intentos de suicidio, hay una mayor tasa de mortalidad en hombres (Simpson y Jamison, 1999). Otro factor es padecer un

patología psiquiátrica como la depresión (Jacobs, 1999) o trastornos mentales relacionados con el alcohol o el consumo de sustancias (Beck, Kovacs y Weissman, 1979). También destaca el haber cometido con anterioridad intentos de suicidio (Woods et al., 1997), tener acceso a métodos letales (Shneidman, 1971), tener antecedentes familiares de suicidio, haber experimentado sucesos negativos como el maltrato infantil (Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1993), la información acerca del suicidio de conocidos (Jonas, 1992), tener un historial acerca de conductas impulsivas y agresivas, experimentar desesperanza (Strosahl, Chiles y Linehan, 1992) y padecer enfermedades físicas o con dolor crónico (Dannenberg, McNeil, Brundage y Brookmeyer, 1996).

Beck, Rush y Shaw (1983) establecen que en el acto suicida hay que dar importancia a los deseos y la planificación que tiene el sujeto respecto a ello (ideación suicida), si la persona se siente inútil, ha sufrido alguna pérdida reciente, si está aislado socialmente, si tiene niveles de desesperanza altos o si es incapaz de solicitar ayuda.

La ideación suicida tiene su máxima exposición entre los 15 y los 30 años, y va disminuyendo con la edad. A partir de los 14 años comienza a aumentar, alcanzando su máximo entre los 20 y 24 años (Borges, Rosovsky, Caballero, Gómez, 2014). Conner, Meldrum, Wieczorek, Duberstein y Welte (2004) confirmaron que la ideación suicida era más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes.

Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000) indicaron que los jóvenes son más vulnerables a la ideación suicida debido al estrés generado por situaciones como tener que cambiar de grupo social, separarse de la familia o tener problemas con las drogas. Ellis (2008) habla de que si el sujeto no tiene estrategias eficientes para enfrentarse a dichas situaciones, pueden surgir la ideación suicida como respuesta.

Respecto a la desesperanza, es un término que está bien plasmado en el modelo Beck, Brown, Berchick, Stewart y Steer (1990), donde se habla de la desesperanza en términos de sentimientos y cogniciones negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro.

La teoría de desesperanza de la depresión fue fundamentada por Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner y Sandín (1997), y afirma que aquellas personas que tienen estilos inferenciales negativos (ej. vulnerabilidad cognitiva) suelen ser más proclives a desarrollar sintomatología depresiva.

El estilo atribucional característico de la desesperanza es la interpretación fatalista, es decir, tender a explicar los acontecimientos negativos mediante causas internas, globales y

estables, además de presagiar consecuencias futuras negativas, lo que concuerda con el estilo depresivo (García-Alandete, Gallego-Pérez, y Pérez-Delgado, 2009).

Po último, el concepto “sentido de la vida” fue difundido por Viktor Emil Frankl (1994), quien afirmaba que el sentido de la vida está relacionado con tener fuerza motivacional y autorrealización personal. Este constructo se encuentra relacionado con el cumplimiento de las metas vitales, la percepción y vivencia del individuo acerca de la libertad, su responsabilidad y autodeterminación, además de tener una visión positiva de la vida, del futuro y de uno mismo (García-Alandete, Gallego-Pérez, y Pérez-Delgado, 2009).

### **Relación de la depresión, el suicidio, la desesperanza y el sentido de la vida**

Existen varios antecedentes acerca de la relación entre el sentido de la vida, la desesperanza, la ideación suicida y la depresión.

Estudios muestran que cuando no logramos alcanzar un sentido de la vida óptimo, aparece la frustración asociada a la desesperanza, es decir, la persona comienza a experimentar un vacío existencial debido a la falta de control sobre la propia vida (Frankl, 2011).

Se obtuvieron resultados que confirmaron que tener un nivel de desesperanza nulo o muy bajo, está asociado a tener un nivel alto de sentido de la vida. Y experimentar un nivel moderado-alto de desesperanza, está relacionado con el vacío existencial (García-Alandete, Gallego-Pérez, y Pérez-Delgado, 2009).

Autores como Hedayati y Khazaei (2014) demostraron que hay relación entre depresión y sentido de vida, mientras que Hur y Kim (2009) observaron una mayor inclinación a tener un nivel de desesperanza alto en aquellas personas que padecían sintomatología depresiva.

Tuesca y Navarro (2003) afirman que las personas que padecen un trastorno depresivo mayor tienen mayor probabilidad de suicidarse. A esta afirmación se suma la OMS (2014) exponiendo que la depresión es el trastorno mental más asociado al suicidio. Esto se debe a que la ideación suicida y el acto suicida son resultantes de las ideas y pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro, las cuales son manifestaciones cognitivas propias de la depresión (Calderón, 1985).

Sherman, Michel, Rybak, Randall y Davidson (2011) comprobaron que tener un sentido de la vida alto es un factor de protección ante la posibilidad de padecer depresión y viceversa. Lukas (2001) relaciona un bajo nivel de sentido de la vida con la frustración

existencial que puede desembocar en la desesperanza. Si esto ocurre, pueden aparecer sentimientos como la apatía, falta de ilusión, sentimientos de inutilidad, desorientación, vacío existencial, cansancio, fatalismo, etc., lo que puede llevar a la persona a suicidarse.

### **Tratamientos y programas existentes para la depresión, suicidio, sentido de la vida bajo y desesperanza**

Los tratamientos existentes para la depresión son primordialmente dos: el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico.

Lo primero a conocer del tratamiento farmacológico es que hay diferentes tipos de medicación antidepresiva. Fava y Rosenbaum (1995) crearon una clasificación que consta de 5 tipos de fármacos: los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los tricíclicos, los tetracíclicos, los atípicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).

La depresión leve puede ser tratada sin la necesidad de recurrir al tratamiento farmacológico, pero en una depresión moderada/grave debe de plantearse el tratamiento farmacológico (Anderson, 2000). En el caso de que el paciente responda adecuadamente a la administración de antidepresivos, debe continuarse el tratamiento al menos 9-12 meses para evitar recaídas (Sáiz y Montes, 2000).

Respecto al tratamiento psicológico, encontramos la psicoterapia. Se recomienda utilizar la psicoterapia estructurada breve, es decir, técnicas de psicoterapia interpersonal, resolución de problemas o la terapia cognitivo-conductual, las cuales han demostrado su efectividad en varias ocasiones respecto a la depresión (OMS, 2012).

La Terapia de Conducta contiene una teoría psicopatológica, una evaluación psicodiagnóstica y procedimientos terapéuticos que se rigen por la concepción de la depresión como una disminución de la conducta reforzada de manera positiva y/o el mal uso de las habilidades sociales (Mañas, 2007). Los tipos de tratamiento propuestos por esta terapia son el entrenamiento en habilidades sociales, el programa de actividades agradables, el curso para el afrontamiento de la depresión (Lewinsohn, Steinmetz, Antonuccio y Teri, 1985), la terapia de solución de problemas (Nezu, 1987) y la terapia de autocontrol (Rehm, 1977). Varios programas utilizan ejercicios para establecer tareas gradualmente, trabajando la indefensión. (Abello-Luque, Márquez-Jiménez, Niebles-Charris y Pérez-Pedraza, 2016).

La Terapia Cognitiva de la Depresión fue fundamentada por Aaron T. Beck, posee una evaluación psicodiagnóstica, una teoría psicopatológica y un procedimiento terapéutico.

Se basa en la concepción de la depresión como pensamientos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo provocados por esquemas depresógenos erróneos lógicos en el procesamiento de la información. Esta terapia mantiene un enfoque psicoeducativo que pretende modificar tanto las conductas como las cogniciones, por lo que también se la conoce como Terapia Cognitivo-Conductual (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983; Sacco y Beck, 1995).

La Terapia Interpersonal se en un procedimiento terapéutico clínico-empírico. Es una terapia estructurada a base de fases y objetivos respecto a las áreas del duelo, la transición de rol, las disputas interpersonales y los déficits en habilidades sociales (Klerman y Weissman, 1994).

Por otro lado, se ha demostrado la eficacia de la psicoeducación en pacientes con depresión, con una visible reducción de síntomas y como factor de protección. Puede aplicarse de manera individual y grupal, y permite a los pacientes enfrentar y entender mejor sus problemas, mejorar su estado de ánimo, provocar cambios cognitivos en el procesamiento de la información, ayudarles a aceptarse y conocerse a sí mismos e incitarles a buscar ayuda (Aragónés et al., 2011).

Respecto a la relajación, se aconseja que sea utilizada junto a antidepresivos o psicoterapia estructurada breve en los casos de depresión moderada/grave. Un ejemplo es la relajación muscular progresiva de Jacobson (1938).

Se recomienda que la resolución de problemas se utilice como complemento al tratamiento farmacológico, y la actividad física como parte complementaria al tratamiento (OMS, 2012).

Estos tratamientos psicológicos son considerados el tratamiento de elección respecto a la depresión en todos sus grados (leve, moderado y grave) y fases, previniendo además recaídas y ayudando al mantenimiento.

El tratamiento psicológico y el farmacológico tienen el mismo nivel de efectividad, por lo que suele recomendarse utilizar como primera opción el psicológico evitando así los posibles efectos secundarios de la medicación (Antonuccio, Danton, DeNelsky, Greenberg y Gordon, 1999). Se recomienda un tratamiento inicial con fármacos en las ocasiones en las que debido a la gravedad de la depresión no es posible comenzar el abordaje psicológico. También se aconseja el tratamiento combinado de fármacos y terapia en la depresión crónica, endógena y en pacientes internados (Pérez y García, 2001).

Se ha recomendado el uso de la psicoterapia para el tratamiento de la ideación y el comportamiento suicida. En algunas guías se aconseja el tratamiento de la depresión de la

persona, ya que este es uno de los factores riesgo más importantes respecto al riesgo suicida. También se ha demostrado la eficacia de la Terapia Dialéctico-Conductual en los pacientes con un potencial altamente suicida, fomentando la regulación emocional, el uso de la asertividad, el manejo de la ansiedad y el control de impulsos (De Salud, 2010).

El tratamiento más citado para aumentar el sentido de la vida es la logoterapia, pues en este tipo de terapia el paciente puede dar forma a sus valores, su responsabilidad y autoconciencia, además de clarificar el sentido de su vida para poder reorientar su conducta (Lukas, 2001).

En la logoterapia se trabajan en tres tipos de valores: de creación (qué podemos ofrecer al mundo con nuestro trabajo), experienciales (nuestra capacidad para vivir con intensidad y disfrutar) y de actitud (elegir un actitud ante lo que no podemos cambiar). Unos valores sólidos pueden actuar como factores de protección ante la frustración existencial (Frankl, 2011).

La logoterapia también trabaja la auto-trascendencia, realizando tareas que van más allá de uno mismo y enfocadas a los demás, como mantener relaciones humanas. La finalidad es crear un modelo de realidad más grande, donde el sujeto pueda incorporar experiencias imprevistas (ej. experimentar una situación difícil, sufrir una crisis o una enfermedad) para adaptarse mejor (Lukas, 2001).

Las técnicas de logoterapia que pueden ser utilizadas para tratar el bajo sentido de la vida son la intención paradójica, el uso del diálogo socrático, el autodistanciamiento, la derreflexión y el fortalecimiento de la resiliencia (Frankl, 1989).

Para el tratamiento de la desesperanza, lo recomendado por autores como Abello-Luque, Márquez-Jiménez, Niebles-Charris y Pérez-Pedraza (2016) es trabajar con la técnica de Reestructuración Cognitiva propia de la Terapia Cognitivo Conductual. Esta técnica pretende cambiar la estructura del estado de ánimo negativo y de las preocupaciones académicas de los pacientes, cambiando su estilo atribucional, sus creencias y sesgos, y minimizando la experimentación de ansiedad ante situaciones estresantes.

Aplicando la Reestructuración Cognitiva a los universitarios, las técnicas que deberían ejercerse serían la reestructuración de las preocupaciones académicas, la corrección de las creencias irracionales, los sesgos cognitivos y el estilo atribucional. La finalidad es provocar cambios en las emociones y las conductas del sujeto.

Hirsch (2007) afirma que la terapia grupal es una herramienta importante y válida, que debe basarse en la potenciación de los recursos de las personas, con una mínima intervención profesional, y aumentando el protagonismo del paciente. En la terapia grupal debe primar el

intercambio, los pacientes deben ayudarse entre sí, aprendiendo a relacionarse (Cid y Moreno, 2009).

Echeburúa (2000) ha demostrado que la terapia de grupos es viable y que además supone un gran ahorro de costes. Benedito, Carrió, del Valle y Domingo (2004) afirman que la aplicación grupal del tratamiento para la depresión es igual de eficaz que la individual, consiguiéndose mejores resultados con grupos pequeños. Neimeyer, Baker, Haykal y Akiskal (1995) demostraron que la combinación de la Terapia Cognitivo Conductual grupal con el tratamiento farmacológico causaba una rápida mejora en escasas semanas. Manning, Hooke, Tannenbaum, Blythe y Clarke (1994) encontraron que se producía una mejoría clínicamente significativa en las variables de depresión, ansiedad y locus de control. Bright, Baker y Neimeyer (1999) demostraron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal para reducir los síntomas depresivos. Y Levkovitz et al. (2000) observaron que la psicoterapia interpersonal grupal en pacientes con trastorno depresivo moderado-severo, era un tratamiento muy favorable a nivel de costo-beneficio.

### **Herramientas de evaluación de la depresión, suicidio, sentido de la vida y desesperanza**

Se consideran a la entrevista y la auto-aplicación de pruebas como las principales herramientas de evaluación de la depresión. Estos métodos pueden seleccionarse o complementarse según los objetivos de la evaluación y las circunstancias del caso (Katz, Shaw, Wallis y Kaiser, 1995).

Los propósitos de la evaluación pueden ser establecer un diagnóstico, realizar una valoración terapéutica o una investigación científica en depresión. En el caso de la investigación científica se utilizan principalmente la Escala de Depresión de Hamilton (entrevista) y el Inventario de Depresión de Beck (auto-aplicado) (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995).

La diferencia entre estas dos escalas es que la Escala de Depresión de Hamilton tiende más a evaluar los síntomas físicos y el Inventario de Depresión de Beck los psicológicos. Estos instrumentos evalúan la depresión, pero no establecen un diagnóstico, por lo que los resultados deben de ser complementados junto a otras herramientas que aporten más información (García, 2016).

A la hora de detectar y evaluar la ideación suicida encontramos instrumentos como la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (ISB). El objetivo de esta escala es cuantificar y

evaluar la aparición consciente de pensamientos suicidas mediante la evaluación de los pensamientos y deseos de autodestructividad y la intención suicida (Beck y cols., 1979).

Respecto a la evaluación de la desesperanza, podemos destacar la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), que se basa en el modelo de Stotland (1969) donde se concibe la desesperanza como un conjunto de sistemas cognitivos basado en expectativas negativas sobre el futuro inmediato y a largo plazo.

La finalidad principal del BHS es evaluar la gravedad de la desesperanza que experimenta el sujeto (Tovar, de los Ríos, Díaz, León y Enríquez, 2006). Ha demostrado ser útil como técnica de screening de depresión y riesgo suicida, se ha concretado que obtener un puntuación mayor a 9 evidencia cierta conducta suicida (Mikulic, Cassullo, Crespi y Marconi, 2009).

Para evaluar el sentido de la vida puede utilizarse el Test de Propósito Vital (PIL) creado por Crumbaugh y Maholick (1969). Este test fue propuesto inicialmente para conseguir una evaluación general del sentido de la vida (Martínez y Trujillo, 2012). Su finalidad es evidenciar la presencia o carencia de sentido de la vida en la persona (Gottfried, 2019).

En cuanto a la entrevista clínica con el paciente, es una técnica muy útil para recoger datos de manera cualitativa. Se basa en una conversación coloquial entre el terapeuta y el paciente con un objetivo determinado (ej. averiguar cuál ha sido el detonante). Una de sus ventajas es que se consigue información más completa, además de posibilitar la resolución de dudas durante el proceso (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández y Varela-Ruiz, 2013). Heinemann (2003) aconseja complementar la entrevista con estímulos (ej. visuales) para obtener mayor información.

### **Justificación y síntesis del impacto que se persigue con su implantación**

A pesar de la cantidad de jóvenes que padecen sintomatología depresiva hoy en día, sólo se diagnostica a un pequeño porcentaje de ellos (Riveros, Hernández, Riviera, 2007). Esto suele deberse a la falta de formación del personal de salud de las universidades o del desconocimiento de los propios jóvenes acerca de sus síntomas (OMS, 1998). Mientras, uno de los principales motivos por los cuales los universitarios acuden a consultas psicológicas en las universidades es la depresión (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008). Se especula que un 19% de los jóvenes de sexo masculino y un 23% del sexo femenino han pensado en suicidarse en los últimos 12 meses. (Miranda, Gutiérrez, Bernal y Escobar, 2000).

Estos datos son la base de este trabajo, donde se pretende crear un programa de tratamiento para la depresión y prevención del suicidio en universitarios, ya que como se ha citado antes, la prevalencia de ambos en el ambiente universitario es destacable. La inclusión en el programa de un tratamiento para el bajo sentido de la vida y la desesperanza, pretende aprovechar las relaciones bidireccionales de estas variables para conseguir que funcionen como factores de protección.

En conclusión, este programa pretende diagnosticar a los estudiantes con sintomatología depresiva de diversas universidades y evaluar la posible ideación suicida, para poder hacer una detección temprana y ofrecer tratamiento.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN O PROYECTO PROFESIONAL**

### **Ámbito de aplicación**

Este programa puede ser aplicado en las diversas universidades de España.

### **Objetivos del programa**

El objetivo general del programa es ofrecer tratamiento para la depresión y prevenir el suicidio en universitarios. Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar son diagnosticar a los universitarios que pudiesen estar padeciendo un trastorno depresivo; dar psicoeducación acerca de la depresión; reducir la sintomatología depresiva; prevenir y reducir la ideación y conducta suicida; tratar la desesperanza y el sentido de vida bajo; y fomentar el mantenimiento y evitar recaídas tras el tratamiento.

### **Destinatarios o población diana sobre la que se va a aplicar el programa**

La población diana de este programa son universitarios, hombres y mujeres, de entre 18 a 25 años de edad.

### **Fases en la elaboración del programa**

El primer paso sería seleccionar la/s universidad/es en las que se pretende aplicar el programa. A continuación, se realizaría un cribado donde se haría una entrevista clínica individual y el pase de instrumentos de evaluación para determinar el diagnóstico y obtener una valoración del problema.

El segundo paso sería proponerles a los estudiantes que cumplan los criterios de inclusión la posibilidad de participar en el programa. Se evaluarían los casos que aceptasen para considerar si se precisa de tratamiento combinado con antidepresivos en alguno de ellos. En caso afirmativo, el sujeto sería citado a una sesión individual en la que se le informaría acerca del tratamiento y se le derivaría a un psiquiatra.

El programa comenzaría con una fase introductoria dividida en dos partes: una sesión de bienvenida y otra de psicoeducación. Tras esto, se procedería a llevar a cabo los cinco módulos con sus respectivas sesiones.

Por último, se realizaría una sesión de cierre y retroalimentación, donde además de realizar una evaluación del programa, se haría la evaluación postest y se asignarían las futuras sesiones de seguimiento (Ver Anexo 1).

### **Descripción del programa**

El presente programa es de carácter multicomponente, selectivo y grupal.

#### **Cribado.**

El cribado se hará en la/s universidad/es seleccionadas y en ella/s se realizará una estimación real y aproximada del porcentaje de alumnos que manifiesten o no sintomatología. La finalidad de esta parte es ofrecer un diagnóstico y obtener información mediante una entrevista individual y el pase de las herramientas de evaluación, obteniendo la línea base del pretest.

La primera fase del cribado será pasar el Inventario de Depresión de Beck (Anexo 2) para poder seleccionar aquellos universitarios que muestren sintomatología depresiva, haciendo una preselección de los posibles candidatos para el programa.

El pase del cuestionario se llevará a cabo en una sesión grupal de 30 minutos: 10 minutos para la explicación del proceso y 20 minutos para la aplicación del instrumento. Para poder llevar a cabo esta primera fase del cribado, sería necesario tener impresos cuestionarios para todos los sujetos, la presencia de un aula grande con un terapeuta por curso, sillas, bolis y mesas para todos.

A partir de esta primera preselección, los estudiantes que hayan dado positivo en el BDI, pasarán a una segunda fase donde se hará la entrevista clínica individual para obtener información y verificar el diagnóstico (Anexo 3). Antes de proceder a realizar la entrevista, deberán firmar la hoja de consentimiento informado (Anexo 4).

Tras firmar, se procederá a realizar la entrevista. En esta se pasará de forma heteroaplicada la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS) (Anexo 5) y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (ISB) (Anexo 6). Se les pedirá que realicen en sus casas la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Anexo 7) y el Test propósito vital (PIL) (Anexo 8) para recopilar más información.

Gracias al pase de todos los cuestionarios, podremos obtener el pretest, el cual nos ayudará a evaluar la efectividad del programa al compararlo con el postest. Además, podremos hacer un recuento de aquellos que podrán acceder al programa mediante los criterios de admisión y exclusión.

Los principales criterios de admisión serán (Deberá de cumplirse al menos uno):

- Obtener una puntuación total mayor o igual a 23 en la Escala de Depresión de Hamilton y/o una puntuación total mayor o igual a 29 en el Inventario de Depresión de Beck.
- Obtener una puntuación mayor o igual a 9 en la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.
- Cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor según el DSM 5 (Anexo 9).

Los criterios secundarios de admisión serán (No es necesario que se cumplan):

- Obtener una puntuación total mayor o igual a 9 en la Escala de Desesperanza de Beck
- Obtener una puntuación total menor a 90 en el Test de Propósito Vital.
- Mostrar sintomatología depresiva y/o ideación/conducta suicida durante la entrevista clínica.

Los criterios de exclusión serán (Deberán de cumplirse al menos dos):

- No obtener una puntuación total mayor o igual a 23 en la Escala de Depresión de Hamilton y/o una puntuación total mayor o igual a 29 en el Inventario de Depresión de Beck.
- No obtener una puntuación mayor o igual a 9 en la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.
- No cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor según el DSM 5.

Para esta segunda fase será necesario un terapeuta por entrevista, un aula pequeña con dos sillas (una para el terapeuta y otra para el paciente), una mesa, un boli, tener impreso el consentimiento informado para que puedan firmarlo en la sesión, imprimir el HDRS y el ISB para el terapeuta y el BHS y el PIL para el paciente. El tiempo necesario sería 1 hora y 10 minutos aproximadamente por sujeto. Las entrevistas individuales se realizarán a lo largo de una semana.

La tercera fase consistirá en informar mediante correo electrónico a aquellos sujetos que puedan participar en el programa, dando la fecha y la hora de la sesión de bienvenida, y animándoles a ser partícipes de esta experiencia. También se les citará dándoles fecha y hora para que acudan a una reunión individual con el terapeuta donde se les informará acerca de su diagnóstico y los resultados de las pruebas. Debe realizarse una valoración de los casos para contemplar la necesidad de tratamiento farmacológico. En caso afirmativo, se le será comunicado en la reunión. Si el sujeto se mostrase favorable ante la propuesta, se le derivaría a un psiquiatra.

Debemos de tener en cuenta que pueden surgir dificultades causadas por los efectos secundarios de los antidepresivos. Debemos incidir en la importancia de mantener el tratamiento farmacológico aunque ya se haya experimentado una mejoría, ya que la retirada de los antidepresivos antes de lo recomendado puede hacer más severa la depresión. Deben entender que la automedicación es un gran riesgo que puede llevarles al abuso o dependencia de estas sustancias, por lo que el tratamiento farmacológico siempre debe de estar supervisado por un profesional (Heerlein, 2002).

Para este último procedimiento sería necesario un terapeuta por reunión individual, y una sala pequeña con dos sillas y una mesa. El tiempo requerido es de 15-20 minutos por sesión individual. Estas sesiones individuales se realizarían a lo largo de una semana.

### **Fase introductoria.**

La fase introductoria tendrá dos partes: una sesión de bienvenida y otra sesión de psicoeducación.

La sesión de bienvenida se basará en una charla para fomentar un buen clima grupal que favorezca la correcta evolución clínica de los pacientes y proporcionar información acerca del programa.

En primer lugar, se explicará de qué trata el programa y sus objetivos. A continuación, se procederá a la identificación de los terapeutas (nombre, especialización y en qué sesiones

participarán) y se señalarán los tipos de trastornos susceptibles de recibir el tratamiento. Además se hará una exposición de las condiciones de uso del programa. (Anexo 10). Se explicará el tema de la confidencialidad, asegurando que se mantendrá la confidencialidad respecto a toda la información compartida en las sesiones. En esta sección se propondrá la firma del consentimiento de información a padres/tutores (Anexo 11) con las finalidades siguientes: Informar a padres/tutores en el caso que haya información que el terapeuta considera que es necesario que conozcan, ya sea porque representa peligrosidad para el/la joven u otras personas y/o es necesario para el tratamiento; que los padres puedan ponerse en contacto con el terapeuta mediante el teléfono y/o correo electrónico si durante la terapia creen que hay información que el terapeuta debe conocer (ej. si los síntomas de depresión han empeorado, si ha manifestado ideación/conducta suicida, si ha experimentado un suceso de vida negativo y significativo...); y para que en el caso de encontrarse dificultades en el entorno familiar respecto a prejuicios sobre la terapia o los psicofármacos, se pueda ofrecer a las familias charlas informativas y orientación específica.

En esta primera sesión de bienvenida también se hará la exposición de las ventajas de la terapia grupal. La intención es hacer constar a los pacientes los beneficios que tiene la terapia grupal frente a la individual (ej. poder aprender unos de otros, ver que no es el único en esa situación, incrementar su motivación al ver la mejora de otros, comprometerse públicamente con el tratamiento, etc.), además de informar de que en el caso en el que el número de participantes fuese mayor de 10, se dividirán en dos grupos (ej. si son 14 participantes, se divide en dos grupos de 7 personas).

Uno de los puntos más relevantes de esta sesión es conseguir crear un buen clima grupal mediante la presentación de los miembros del grupo y de su diagnóstico (cada paciente se presenta y describe brevemente su cuadro psicopatológico). Se debe de fomentar la participación de todos los miembros, consiguiendo que cada uno comparta su historia sobre cómo ha experimentado la depresión.

Como método de cierre se les informará acerca del horario semanal de las futuras sesiones, comunicándoles el día, la hora y el lugar y haciéndoles entrega del calendario del programa (Anexo 12). En esta sección es importante enfatizar la importancia de la asistencia y la puntualidad, e indicar que las ausencias sólo están justificadas en casos de emergencia.

Por último, se les entregará a los pacientes una hoja de medidas de seguridad en la que se darán pautas, teléfonos y correos de los cuales pueden hacer uso en caso de emergencia (Anexo 13).

El material necesario para llevar a cabo esta sesión es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias de cada anexo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido para la sesión es de 2 horas y 30 minutos aproximadamente.

En la segunda sesión se realizará una charla de psicoeducación para dar conciencia de enfermedad y ofrecerles información acerca de la depresión y su tratamiento.

En el primer punto se explicará la sintomatología propia de la depresión (ej. estado de ánimo depresivo, insomnio o hipersomnias, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución del interés o del goce, pérdida/incremento de peso y/o apetito, agitación/enlentecimiento psicomotor, decrecimiento de la capacidad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida...). Para conseguir que auto-identifiquen los síntomas, se expondrá un vídeo de la Clínica Universidad de Navarra (2013) acerca de la sintomatología de la depresión y se hará un debate acerca de lo observado (preguntar qué han visto, si alguna vez han experimentado alguno de los síntomas, etc.) (Anexo 14). Por último, se identificarán y describirán los factores que originan la aparición de los síntomas depresivos y por qué se mantienen.

En el siguiente punto se normalizará la depresión. Se hablará acerca de la prevalencia de la depresión en universitarios, fomentando la idea de que no están solos y que recibirán ayuda, además de eliminar el tabú respecto a la terapia. Debemos de tener en cuenta que probablemente vamos a encontrar dificultades tales como las actitudes y creencias respecto a la depresión, el suicidio y su tratamiento, además de la no aceptación por parte del paciente de su propio estado.

El siguiente punto se basará en la exposición de los cinco módulos de tratamiento. Se justificará por qué en algunos casos es necesario el tratamiento farmacológico y en qué consiste, y se explicarán las diferentes fases del tratamiento (1º lograr la disipación de los síntomas, 2º alcanzar la estabilidad y 3º minimizar el riesgo de posibles nuevos episodios).

En esta parte se debe de hacer énfasis en que la mejoría no va a ser inmediata (hacer más reales las expectativas), pero que el tratamiento puede hacer que los síntomas remitan y desaparezcan (dar esperanza y apoyar que sigan el tratamiento). Por último se hará un turno de preguntas en las que se procurará resolver las posibles dudas que hayan surgido durante las explicaciones.

El material necesario para llevar a cabo esta sesión es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, un proyector y un pen con el vídeo. El tiempo requerido para esta sesión es de 2 horas y 30 minutos aproximadamente.

## **Módulos.**

Cada módulo de tratamiento se basa en una terapia distinta, tiene diferentes objetivos y lleva incorporado tareas diseñadas para aprender y ejercitar diferentes técnicas psicológicas concretas. La estructura de las sesiones de los módulos es siempre la misma, primero debemos de revisar las tareas asignadas en las sesiones anteriores y después aclarar las posibles dudas que pudiesen quedar de la sesión anterior. A continuación, se realiza una parte teórica, normalmente combinada con una parte práctica para reforzar los conocimientos y las herramientas adquiridas. Algunas actividades se mandan como tarea para casa, la cual es corregida en la sesión siguiente. Como cierre, se realiza un pequeño resumen recordando los puntos clave tratados en la sesión.

Este programa incluye los módulos descritos a continuación:

### ***Módulo 1.***

Este módulo recibe el nombre de “Activa el cambio”. En él se utiliza la terapia de conducta para aumentar la activación conductual del sujeto y se trabajan las estrategias de afrontamiento para optimizar las estrategias de aproximación y minimizar las de evitación. Este módulo consta de 2 sesiones.

La sesión 1 se llama “Activación conductual”, y su objetivo es incrementar el ritmo de actividad diario del sujeto y su capacidad de disfrute. Está basada en la teoría de MacPhillamy y Lewinsohn (1982), y en ella se realizará el programa de actividades agradables y la asignación de tareas graduales.

El programa de actividades agradables pretende hacer comprender a los pacientes la importancia de realizar actividades agradables en su día a día, demostrándoles que a lo largo del desarrollo de la depresión han dejado de realizar actividades que antes hacían.

Se llevará a cabo la actividad “Lista de actividades agradables”. En esta actividad deben de planificar una serie de actividades en su tiempo libre que ellos consideren agradables (ej. ponerse ropa nueva, jugar al tenis...). Tras apuntar estas actividades, deben de marcar con una (X) las que vayan realizando durante la semana. Esta tarea será expuesta en la siguiente sesión delante del grupo de terapia, y deberán de explicar su experiencia (Anexo 15).

La asignación de tareas graduales trata de conseguir que los pacientes lleven un ritmo progresivo de actividad, comenzando por actividades y objetivos sencillos, y siguiendo progresivamente con actividades y objetivos más complejos. De este modo, se pretende

instaurar y mantener en los pacientes la concepción de sí mismos de personas útiles y capaces.

Se realizará la actividad “Programa semanal de actividades”, donde los pacientes deberán de rellenar el programa semanal con varias actividades que les hagan mantenerse activos, y cumplirlas a lo largo de la semana. En la siguiente sesión, cada paciente comunicará al grupo si ha cumplido sus objetivos y cuáles son las tareas que más le ha costado realizar y cuales le han resultado más sencillas (Anexo 16).

En ambas técnicas se les hará firmar de manera individual el “Contrato de actividades” fomentando su compromiso con el grupo de terapia de realizar las actividades (Anexo 17).

El material necesario para esta sesión es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias de cada anexo por grupo. El tiempo requerido es de 1 hora y 30 minutos aproximadamente.

La sesión 2 recibe el nombre de “Estrategias de afrontamiento”, y su objetivo es reforzar los esfuerzos cognitivos y conductuales para que puedan manejar las demandas tanto internas como externas que en la actualidad perciben como excedentes a sus recursos. Se pretende trabajar las estrategias de aproximación y minimizar el uso de estrategias de evitación, todo esto enfocándolo desde la perspectiva de la teoría de Lazarus, Folkman, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986).

Durante la sesión se explicará que el déficit en las estrategias de afrontamiento y tener una baja autopercepción de nuestras capacidades a la hora de manejar situaciones estresantes está ligado con la depresión, el pensamiento y la conducta suicida. Se enfatizará el hecho de que debemos de aumentar las estrategias de aproximación al problema (tratar de forma directa con la fuente estresante) y minimizar las estrategias de evitación (estabilización del estado emocional). Se trabajará la técnica de resolución de problemas explicando la relación entre la tristeza, la ansiedad y un estilo de afrontamiento desadaptativo (rumiación y preocupación).

También se expondrán las cinco fases de la técnica: 1º Orientación hacia el problema (aceptar que las situaciones problemáticas forman parte de la vida, y que podemos hacerles frente), 2º Definición del problema (conseguir información sobre el problema y averiguar su naturaleza), 3º Generación de soluciones alternativas, 4º Valoración de las alternativas (pros y contras de cada una), 5º Elección y puesta en práctica y 6º Verificación (¿esta solución ha dado resultado?). Para trabajar estas fases se llevará a cabo la actividad “Analiza tu problema” (Anexo 18).

Por último, se expondrán varias estrategias de evitación para trabajarlas con la intención de poder identificarlas y disminuirlas: Evitación cognitiva y conductual (distanciarse de un problema, usar la distracción para no pensar en él y realizar actividades para distraerse), aceptación resignada (esperar el peor resultado, aceptar que no puedes hacer nada para cambiar la situación) y pensamiento basado en ilusiones (desear que algo no ocurra o que no hubiese ocurrido).

El material necesario es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias del anexo por grupo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido son 2 horas aproximadamente.

### ***Módulo 2.***

Este módulo recibe el nombre de “Transforma tu mente”. Se basa en la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual para trabajar los pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro, con la intención de modificar los esquemas depresógenos erróneos lógicos que hay en el procesamiento de la información, además de trabajar las metas. También ofrece un tratamiento para la desesperanza al utilizar la técnica de reestructuración cognitiva. Este módulo consta de 3 sesiones.

La sesión 1 lleva el nombre de “Los pensamientos”, y su propósito principal es enseñar al paciente cómo los pensamientos intervienen sobre el estado de ánimo y trabajar los errores de pensamiento. Esta sesión se basa en la teoría de las creencias irracionales de Albert Ellis (1990).

Primero se definirá y aclarará el concepto “pensamientos” mediante un debate abierto (¿Qué son para ti los pensamientos?). Segundo, se trabajarán los tipos de pensamientos que puede experimentar una persona con depresión, haciendo énfasis en que los pensamientos pueden modificarse. Para trabajar este apartado se repartirán tarjetas a los pacientes con los tipos de errores de pensamiento, su definición y un ejemplo (Anexo 19). Se llevará a cabo una actividad de “Autoregistro de pensamientos negativos”, para que aprendan a identificar los errores de pensamiento y a intercambiarlos por pensamientos más adaptativos (Anexo 20).

En esta sesión se trabajarán técnicas terapéuticas para maximizar los pensamientos positivos como tomarse un descanso, felicitarse mentalmente a uno mismo ante los logros y proyectar hacia el futuro. Se trabajarán técnicas terapéuticas para minimizar los pensamientos no saludables como la detención de pensamientos negativos (usar órdenes verbales como

decirse a uno mismo “stop” o autoestimularse negativamente mediante un pellizco), entrenamiento en desafío de pensamientos negativos (trabajar el desarrollo de argumentos que subyuguen la validez e intensidad de los pensamientos negativos), entrenamiento en autoinstrucciones (trabajar con los pacientes la modificación de su monólogo interno, con la finalidad de que las autoverbalizaciones negativas se remplacen por autoverbalizaciones positivas) y técnicas de distracción (se les enseña a los pacientes la posibilidad de llevar a cabo una actividad que compita con los pensamientos negativos (ej. contar objetos), consiguiendo de esta forma un cambio en el foco de atención).

Se enseñará y se pondrá en práctica el método A-B-C-D (A representa el evento activador, el suceso desencadenante; B es la creencia o el pensamiento que se produce como consecuencia del suceso; C es la consecuencia de tu pensamiento, el sentimiento que experimentas al tener ese pensamiento; y D es la forma en que discutes tu pensamiento). Para practicar este método se realizará el análisis de una situación que el/la joven considere que efectúa en él este tipo de pensamientos negativos (Anexo 21).

El material necesario para esta sesión es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias de cada uno de los anexos por grupo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido son 2 horas aproximadamente.

La sesión 2 se llama “Metas de vida” y consiste en que el paciente aprenda a identificar metas que le ayuden a conseguir un mayor control sobre su vida. Esta sesión está basada en la teoría de Edwin Locke (1968).

Se trabajará la forma en la que manejan su tiempo, pretendiendo enseñarles los pasos que deben seguir para planificar y alcanzar sus metas. Para conseguirlo, se explicará los tipos de metas (metas a corto plazo, metas a largo plazo y metas de la vida), y se explicarán las diferencias entre las metas específicas y las metas inespecíficas. Por último, se realizará un debate abierto acerca de cuáles son sus metas, y se llevará a cabo la actividad “Consiguiendo mis metas”, poniéndola en común (Anexo 22).

El material necesario es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias del anexo por grupo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido es 1 hora y 30 minutos aproximadamente.

La sesión 3 recibe el nombre de “Reforzamiento de la autoestima”, y su objetivo es explicar qué es la autoestima y hacerles entender la importancia de la autovaloración. Se pretende conseguir que los pacientes entiendan la relación existente entre la baja autoestima y la depresión. Esta sesión está basada en la teoría de Abraham Maslow (1995).

Se explicará la herramienta de no generalizar. Debemos explicar que no hay que generalizar las experiencias negativas al resto de la vida y aceptar que todo el mundo comete errores. Otra herramienta a trabajar será centrarnos en lo positivo. Se hará una revisión de todos los aspectos buenos que tenemos (experiencias, nuestra situación en el mundo, conductas positivas que hemos llevado a cabo, etc.) y se enfatizarán aquellas cosas de las que podemos estar orgullosos. Lo que se pretende recordar es que se tuvieron éxitos en el pasado y se pueden tener nuevamente.

Se trabajará el no compararse, hablando acerca de que todas las personas somos diferentes, al igual que las experiencias que vivimos; el confiar en nosotros mismos, recordándoles que es importante que tengan confianza en sí mismos y en sus capacidades; el aceptarnos a nosotros mismos, explicando que debemos aceptarnos tal y como somos, pues hay aspectos de nosotros que no podemos cambiar (ej. soy muy baja), y que con nuestras virtudes y defectos, seguimos siendo personas capaces y valiosas; y el esforzarnos para mejorar, donde se explicará que es tarea nuestra el trabajar y modificar aquellos aspectos de nosotros mismos con los que no estemos satisfechos.

Se realizará la actividad “Personalízate”, donde se realizará un ejercicio de identificación acerca de lo que no les gusta y de lo que les gusta de ellos mismos, debatiendo después cada aspecto (Anexo 23).

El material necesario es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias del anexo por grupo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido es 1 hora y 30 minutos aproximadamente.

### ***Módulo 3.***

Este módulo recibe el nombre de “Relaciones sanas”, y se basa en la aplicación de la Terapia Interpersonal con la finalidad de mejorar la forma en la que la persona se relaciona con los otros y dotarle de herramientas para afrontar el duelo. Este módulo consta de 2 sesiones.

La sesión 1 tiene el nombre de “Entrenamiento en habilidades sociales”, y pretende hacer entender a los pacientes como las relaciones interpersonales pueden afectar a su estado de ánimo. Esta sesión está basada en la teoría de Caballo y Carrolles (1987).

Se trabajará el tema del apoyo social y se aprenderá a identificarlo, mantenerlo y fortalecerlo. Se realizará la actividad de redes sociales, donde los pacientes rellenarán las

cuadrículas con aquellos grupos (amigos, familiares, etc.) o nombres concretos de personas que forman su apoyo social. Después expondrán su círculo de apoyo (Anexo 24).

Se enfatizará la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas en el desarrollo de relaciones satisfactorias. Se pretende mejorar tres tipos de conductas en los diferentes ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos/familiares, y en el trabajo/universidad): La aserción negativa (aquellas conductas que permiten al paciente defender sus derechos y actuar según sus intereses, siendo a la vez considerado con los demás), la aserción positiva (la capacidad de expresar los sentimientos positivos hacia los demás) y las habilidades conversacionales (iniciar conversaciones, realizar preguntas, saber realizar revelaciones apropiadas de uno mismo y cómo finalizar una conversación).

Se llevará a cabo una actividad de role-playing. Se basará en un ejercicio de representación en el que se enfrenten a situaciones en las que les cuesta ser asertivos, e intentarán actuar aplicando las pautas dadas en la sesión. Durante esta interpretación, deberán de llevar a cabo las habilidades conversacionales (inicio de conversación, realización de preguntas, revelarse y finalizar la conversación).

El material necesario es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias del anexo por grupo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido es 1 hora y 10 minutos aproximadamente.

La sesión 2 recibe el nombre de “Duelo” y su objetivo es ayudar a los pacientes a comprender y llevar el duelo como parte de la vida, tratando ciertos aspectos que pueden ayudarles a superar la pérdida.

Se explicará qué es el duelo y cuáles son sus características (sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas), y se enseñará a afrontar la realidad de la pérdida (fomentar que hablen de su pérdida y de las circunstancias que la rodean). Se trabajarán las emociones y el dolor de la pérdida (tristeza, disforia, angustia, ira, culpa, soledad, ansiedad, impotencia...), y se les enseñará la importancia de adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Debemos de ayudar y animar al paciente a seguir adelante con un nuevo sentido de sí mismo y del mundo, recolocando emocionalmente la pérdida. No debemos de hacer que el paciente “renuncie”, sino instarle a que le encuentre un lugar adecuado en su vida emocional, un sitio que le ayude a poder vivir en el mundo sin sentir una carga.

Se realizará la actividad “Carta de despedida”, donde los pacientes deberán de escribir una carta al ser querido que haya fallecido, expresando sus pensamientos y sentimientos, y

concluyendo con una despedida. Al final se les ofrecerá la posibilidad de compartirla con el resto del grupo y/o quemarla/guardarla (Anexo 25).

El material necesario es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, la impresión de 10 fotocopias del anexo por grupo para poder repartirlos en la sesión, una papelería o recipiente ignífugo donde poder quemar las cartas y un mechero. El tiempo requerido es 1 hora y 10 minutos aproximadamente.

#### ***Módulo 4.***

Este módulo recibe el nombre de “Dale sentido”, y en él se pretende tratar el bajo sentido de vida de los pacientes por medio de la logoterapia. Este módulo consta de 1 sesión.

La sesión 1 tiene el nombre de “Logoterapia” y su finalidad es que se produzca una batalla entre el "ser" que la persona es y el "ser" en el que desea convertirse, desarrollándose completamente y encontrando un sentido en su vida.

Se pretende que los pacientes descubran el sentido de la vida mediante los valores. Para ello se trabajarán los valores de creación (lo que una persona ofrece al mundo mediante su trabajo); los valores de experiencia (lo que una persona recibe del mundo en forma de vivencias, el amor); y los valores de actitud (la forma en la que actuamos frente a aquellas situaciones que no pueden ser cambiadas o reparadas. Averiguar cuál es su actitud frente la tríada “trágica”: culpa, sufrimiento/dolor y muerte). Después se preguntarán acerca de sus valores de creación, experiencia y actitud.

Se trabajará la técnica de dererreflexión, instando a los pacientes a "hacer a un lado" el problema para que puedan enfocarse en cuestiones más importantes. También se expondrá la técnica de autodistanciamiento, explicando a los pacientes que deben de ser capaces de reconocerse y de separarse de la situación que los aqueja para estudiarla con perspectiva. Y se trabajará la técnica de diálogo socrático (mayéutica) mediante una serie de preguntas planteadas por el terapeuta acerca de qué es importante para ellos, abriéndose un debate para que descubran que es de verdad importante para ellos y sus vidas.

Por último, se trabajará la Resiliencia para que los pacientes ganen autonomía, aumentando su acción crítica y transformativa en relación a las adversidades con las que se encuentran. Se realizará una actividad acerca de sus fuentes interactivas (Anexo 26).

El material necesario es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias del anexo por grupo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido es 1 hora y 30 minutos aproximadamente.

### ***Módulo 5.***

Este módulo recibe el nombre de “Vivir es ganar”, y se pretende prevenir las recaídas y el suicidio (tanto la conducta suicida como el acto suicida). Se utilizan técnicas Dialéctico-Conductuales como el Mindfulness y el entrenamiento en técnicas de relajación. También se ofrecen herramientas para la planificación y gestión del tiempo, pautas y hábitos de estudio. Este módulo consta de 3 sesiones.

La sesión 1 recibe el nombre de la terapia en la que se basa “Terapia Dialéctico-Conductual”. El objetivo es hacer que la mejoría clínica de los pacientes se consolide y se mantenga de manera estable, consistente y duradera. También se pretende prevenir las recaídas y la conducta/ideación suicida. Esta sesión está basada en la teoría de Marsha Linehan (1993).

Se trabajarán las habilidades de atención plena o Mindfulness, explicando el concepto de “mente sabia” (actuar en función de mis valores, mis objetivos y de lo que quiero conseguir), y enseñando a los pacientes a observar, describir y participar de las experiencias sin juzgar, viviendo los acontecimientos de uno en uno. Deben entender que los pensamientos son experiencias como las sensaciones o las emociones, que no son siempre realidades (ej. no es lo mismo ser mala persona, que un día se nos olvide felicitar el cumpleaños a nuestro hermano).

Se practicará la habilidad de tolerancia al malestar, explicando que las técnicas de tolerancia al malestar sirven para aprender a sobrellevar las crisis emocionales. Los pacientes aprenderán a afrontar una situación negativa sin realizar conductas desadaptativas. Se explicarán cuatro tipos de tácticas: Tácticas de distracción (realizar actividades o pensamientos que nos distraigan de lo que nos está provocando la crisis), confortarse a sí mismo (darse a uno mismo ánimos y refuerzo positivo ante la inminencia de una crisis), mejorar el momento (realizar actividades o pensar cosas agradables que suelen mejorar tu estado de ánimo) y enumerar los pros y contras (hacer una lista de cuáles son los pros y contras de la situación real que está provocando la crisis).

Se trabajarán las habilidades de regulación emocional. Para esto, los pacientes aprenderán a identificar y etiquetar las emociones (ejemplificar con sus propios rostros las diferentes emociones. Ej. tristeza, alegría, enfado, etc.), y reducir la vulnerabilidad emocional (provocar el cambio de hábitos disfuncionales y la realización de hábitos saludables respecto al sueño, la conducta de enfermedad, la alimentación, el ocio, etc.).

Trabajarán la técnica de descarga emocional, entendiendo que liberar las emociones, expresar los sentimientos y estados emocionales intensos mediante acciones como llorar, gritar, liberar la agresividad, etc., es saludable y puede ser una buena herramienta para afrontar algunas situaciones difíciles. En esta parte le pediremos que practiquen a la vez el grito.

Se explicará que es importante que hablen, comuniquen sus preocupaciones y expresen sus emociones, pues puede ayudarles a reducir las rumiaciones obsesivas e incluso incrementar la actividad fisiológica. Se realizará la actividad diario, donde deberán de plasmar en un diario personal todas sus preocupaciones del día a día. Esta tarea deberán de realizarla todos los días.

El material necesario es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas y la presencia de un terapeuta por sala. El tiempo requerido son 2 horas aproximadamente.

La sesión 2 tiene el nombre de “Entrenamiento en respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson”, y la finalidad es darles una herramienta para controlar los momentos de crisis y manejar su ansiedad cuando lo necesiten.

Se realizará y explicará cómo se hace esta relajación, para que puedan ponerla en práctica. Se ejemplificará cómo se realiza y se les entregará una guía para que puedan realizarlo en cualquier momento (Anexo 27).

El material necesario es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias del anexo por grupo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido es 1 hora aproximadamente.

La sesión 3 recibe el nombre de “Planificación, gestión del tiempo y estudio” y su finalidad es proveer de técnicas al paciente para que aprenda a planificar y gestionar el tiempo de una forma adecuada, adquiriendo además hábitos de estudio eficientes.

Se enseñará la importancia de la organización del tiempo, la cual nos permite tener tiempo para descansar, no preocuparnos, no sufrir olvidos importantes, etc. Se trabajará la priorización de actividades, haciendo comprender a los pacientes que hay que saber elegir qué actividades son más importantes cuando no tenemos tiempo para hacerlo todo.

Se les pedirá a los pacientes que utilicen una agenda, y que en ella organicen la semana antes de comenzarla. Deberán implantar horarios rutinarios (ej. horario de levantarse, clases, comidas, descansos, trabajo/ocio, horario de acostarse...) y horarios de tiempo libre (ej. hacer ejercicio físico, actividades de ocio...). Se les hará realizar la actividad “Calendario semanal”, en la que deberán de rellenar los horarios anteriores para la próxima sesión (Anexo 28).

En esta sesión también se trabajarán los hábitos de estudio. En este aspecto, se les insistirá en continuar con las pautas que les han sido útiles o que les han servido de apoyo hasta el momento. Se les animará a emplear el calendario para señalar las fechas de exámenes y entrega de trabajos, la búsqueda de lugares apropiados y de momentos del día adecuados para estudiar (zonas sin distracciones, ordenadas, aireadas, con buena luz y con los materiales necesarios a mano...), tomar apuntes durante las clases y revisarlos al llegar a casa cada día, además de premiarse y reconocerse los logros a uno mismo como método de motivación y autoestima (ej. si apruebo el examen para el que he estado estudiando, me concedo hacer mi actividad social favorita).

El material necesario es una sala con 11 sillas por cada grupo de 10 personas, la presencia de un terapeuta por sala, y la impresión de 10 fotocopias del anexo por grupo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido es 1 hora y 30 minutos aproximadamente.

### **Sesión de cierre.**

En la sesión de cierre se realizará una charla acerca de cómo ha evolucionado el problema y en qué punto se encuentran en la actualidad. Se hará un pequeño resumen de las técnicas enseñadas durante el programa y se enfatizará la idea de que la mejoría de su situación ha sido en mayoría logro suyo. También se realizará una evaluación de posibles interferencias que puedan hacer que recaigan, para que las tengan en cuenta y actúen frente a estas.

Se hará un feed-back entre terapeutas y pacientes, debatiendo nuevas ideas de mejora o enfatizando aquellos aspectos que les han gustado, y compartiendo su vivencia del programa. A continuación, se pasará una hoja de evaluación del programa para poder recoger toda la información de mejoras, potenciales, etc. y poder implementarlo en un futuro (Anexo 29). Por último, se realizará la evaluación postest para poder observar si se han producido mejoras tras el tratamiento. Además, se establecerán las futuras sesiones de seguimiento (una al mes, otra a los tres meses y la última a los seis meses tras haber finalizado el programa).

El material necesario es una sala grande, con sillas y mesas para todos, la presencia de todos los terapeutas participantes en el programa, y la impresión de 10 fotocopias del anexo por grupo para poder repartirlos en la sesión. El tiempo requerido son 2 horas y 30 minutos aproximadamente. Respecto a las sesiones de seguimiento, tendrían una duración de 2 horas cada una, y respecto a materiales, sería necesaria la presencia de un terapeuta por sala, una

sala con dos sillas y una mesa por entrevista, un boli y tener impresos todos los anexos de evaluación (BDI, PIL, HDRS, ISB, BHS).

### **Calendario de actividades**

Este programa ha sido creado para tener una duración de 4 meses y 1 semana. A pesar de que puedan existir diferencias respecto a la velocidad en la que los pacientes avancen durante el programa, este periodo temporal es adecuado para aprender y practicar todo lo que el programa ofrece.

Se ha organizado para realizarse una sesión cada miércoles, a excepción de la segunda y la tercera parte del cribado donde las reuniones individuales se hacen a lo largo de la semana, al igual que las sesiones de seguimiento. Respecto a estas sesiones, se ha calculado que para un grupo de diez universitarios, se realizarían dos reuniones individuales por día, pudiendo así realizar diez reuniones en una semana.

El cribado tendría una duración de tres semanas, las sesiones introductorias dos semanas, los módulos once semanas y la sesión de cierre una semana. Esto nos da un total de 38 horas y 20 minutos respecto a la duración total del programa. Las sesiones de seguimiento se harían en tres semanas (una al mes, otra a los tres meses y otra a los seis meses). Se realizarían 2 entrevistas individuales por día, con una duración de 2 horas cada una, por lo que las sesiones de seguimiento se llevarían a cabo en 60 horas (Anexo 12).

### **Delimitación de recursos**

Siguiendo las indicaciones del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana, los honorarios profesionales orientativos para las sesiones grupales serían: Precio base 34€+ 50% por cada uno de los miembros que integran el grupo (Col.legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana, 2010). También debería tenerse en cuenta el coste de imprimir todos los documentos: precio base por hoja de 0,04€.

Teniendo en cuenta todos los costes, el precio aproximado del programa sería de 5000€.

### **Análisis de su viabilidad**

Este trabajo sería viable ya que la prevalencia de la depresión y de la ideación suicida en estudiantes es alta, lo que conllevaría que las universidades mostraran interés en utilizar este programa en sus sedes. Además, este alto porcentaje haría que los cargos del gobierno electos (Estado y ayuntamientos), considerarán este programa como una medida importante a

implementar en los centros universitarios para aplacar el problema. Estos dos aspectos, cubrirían la viabilidad respecto a los fondos necesarios para llevarlos a cabo.

Respecto a la viabilidad del trabajo en sí, la prevalencia justificaría que hubiese como mínimo dos casos en cada universidad, lo que daría paso a la realización del programa. Además, el tiempo necesario para llevar a cabo el trabajo no exige la consecución de cursos, ya que al no ocupar más de 10 meses, incluso los estudiantes de 4º curso podrían participar. Por último, el horario de aplicación del programa también permitiría que los alumnos pudiesen participar en el programa sin que eso afectase a su asistencia a clase, lo que haría mucho más viable el procedimiento.

### **Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final.**

Los instrumentos de evaluación utilizados en el pretest, postest y los seguimientos son el BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), PIL (Crumbaugh y Maholick, 1969), ISB (Beck, Kovacs y Weissman, 1979), el BHS (Beck, Steer, Epstein y Brown, 1990) y la HDRS (Hamilton, 1986).

La Escala de Depresión Hamilton (HDRS) sirve para evaluar y detectar la sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems, cada ítem representa un síntoma de la depresión (culpa, insomnio, ideación suicida, etc.) y debe responderse de 0-2 o de 0-4. Si obtenemos una puntuación total superior a 23, esto indicaría una depresión severa. Hay que tener en cuenta que esta escala debe ser aplicada por un clínico (García, 2016).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) también sirve para detectar y diagnosticar la sintomatología depresiva. Es un test con un total de 21 ítems en el que cada uno muestra un síntoma (fracaso, perspectiva de futuro, satisfacción, etc.) y debe responderse de 0-3. Si se obtiene una puntuación superior a 29, esto indicaría una depresión severa. El inventario puede ser auto-aplicado por el paciente (García, 2016).

La Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (ISB) tiene como objetivo cuantificar y evaluar los pensamientos suicidas. Se trata de una entrevista clínica semiestructurada de 19 ítems. Los ítems pretenden medir la intensidad de los planes, actitudes y conductas relacionados con el suicidio. Cada ítem tiene 3 opciones de respuesta (0-2), por lo que la puntuación final puede variar de 0-38. En el caso de que el resultado de los ítems (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse’” y (5) “Intento pasivo de suicidarse” sea 0, se debe suspender la entrevista y considerarse como “no aplicable”. Si se obtiene una puntuación mayor o igual a 9 eso indica que hay riesgo de suicidio (Beck y cols., 1979).

Respecto a la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), su finalidad principal es evaluar la desesperanza del sujeto. Esta escala consta de 20 afirmaciones con dos posibles respuestas (Verdadero y Falso) y no tiene tiempo límite de tiempo de aplicación, aunque suele durar de 5-10 minutos. Los ítems que muestran aspectos de desesperanza suman 1 punto y los que no 0 puntos, por lo que la puntuación máxima total es de 20 puntos y la mínima de 0 (0-3 es un rango normal/asintomático; de 4-8 es leve; de 9-14 es moderado; y de 15-20 es severo) (Tovar, de los Ríos, Díaz, León y Enríquez, 2006). Aquellas respuestas que no reciben contestación o que son contradictorias tienen una puntuación de 0. El BHS sirve como técnica de screening de depresión y riesgo suicida, se ha concretado que obtener un puntuación de más de 9 evidencia cierta conducta suicida (Mikulic, Cassullo, Crespi y Marconi, 2009).

Por último, el Test de Propósito Vital (PIL) creado por Crumbaugh y Maholick (1969) sirve para evaluar el sentido de la vida/vacío existencial. La parte A del test tiene una estructura cuantitativa, mientras que las partes B y C son cualitativas. La parte A consta de 20 ítems tipo Likert donde se debe elegir 1-7 categorías que oscilan entre dos sentimientos extremos, donde el punto 4 se considera neutral (Martínez y Trujillo, 2012). Las partes B y C pretenden aportar información para la interpretación clínica. En la parte B el sujeto debe de completar frases y en la parte C debe de expresar su contexto actual, concretando sus metas, objetivos, ambiciones, etc., e indicando su progreso en relación a ellos. La puntuación mínima es de 20 puntos y la máxima de 140. Una puntuación total igual o superior a 105 indica la presencia de sentido de la vida, mientras que una puntuación total de entre 90 y 205 muestra indefinición y una puntuación total menor a 90 señala una falta de sentido de la vida (Gottfried, 2019).

## CONCLUSIONES

### **Novedades que aporta el programa respecto a otros programas y las aportaciones más relevantes que realiza.**

Este programa es novedoso ya que no hay referentes respecto a un programa que trate la depresión y prevenga el suicidio, trabajando además el sentido de la vida y la desesperanza en la población universitaria. Por lo que este nuevo enfoque da la posibilidad de hacer un tratamiento completo y eficiente que aporte el mayor beneficio para el paciente.

Por otra parte, durante el programa se lleva a cabo una fase de cribado, lo que contribuye a que los sujetos puedan ser diagnosticados de manera preventiva, tratando el

problema de una manera activa y ofreciendo apoyo directo a las personas. Además, al tratarse de un tratamiento grupal, este programa ofrece multitud de beneficios (reforzar la idea de que no están solos, mejorar su capacidad de recibir y dar apoyo, sincerarse y abrirse ante otros de manera sana y constructiva, y establecer fuertes lazos de apoyo entre ellos).

**Análisis crítico de los efectos positivos que pueden derivarse de la implementación del programa, así como los inconvenientes y efectos colaterales.**

Los efectos positivos que puede proporcionar este programa son el diagnosticar casos de depresión de manera preventiva y tratarla; ofrecer ayuda a los estudiantes mediante las herramientas de gestión de la ansiedad académica; mejorar la vida académica de los estudiantes, ayudándoles a finalizar sus estudios, previniendo el abandono estudiantil y mejorando su futuro laboral; y prevenir actuales o futuras conductas suicidas. Además, se ha de tener en cuenta que al ser un programa que se desarrolla en la propia universidad, ofrece un fácil acceso a los alumnos.

Los inconvenientes que pueden surgir respecto al programa son que no haya ningún caso de depresión en la universidad en la que se pretenda implantar, por lo que no se podría realizar el programa; que durante la terapia grupal suceda un caso de crisis o suicidio y que eso afecte al resto de los pacientes de manera negativa; y la posibilidad de negación respecto a la participación de algún sujeto en el programa.

Por último, se recomienda llevar a cabo una prueba piloto antes de la difusión del programa para poder comprobar mediante un análisis estadístico si el tratamiento es eficaz y eficiente. En esta prueba piloto interesaría que se aplicara el tratamiento a universitarios con diagnóstico depresivo y a universitarios aun no diagnosticados para poder comparar ambos grupos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abello-Luque, D., Márquez-Jiménez, L., Niebles-Charris, J., y Pérez-Pedraza, D. (2016). Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 299-311.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., Joiner, T. E., y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3), 211-222.
- Agudelo, D., Casadiegos, C., y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*. 1(1):34-39.
- American Association of Suicidology. (2006). *Youth Suicide Fact Sheet*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association (2012). *Depression*. Recuperado el 11 de marzo de 2019 de [www.apa.org/topics/depressed/index.aspx](http://www.apa.org/topics/depressed/index.aspx).
- Amézquita, M. E., González, P. R., y Zuluaga, M. D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32(4).
- Anderson, I. M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of affective disorders*, 58(1), 19-36.
- Angst, M. (1996). *The Depressive Spectrum: Diagnostic, Classification and Course*. Estados Unidos: Affect Disord.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., Denelsky, G. Y., Greenberg, R., y Gordon, J. S. (1999). Raising questions about antidepressants. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(1), 3-14.
- Aragonés, B. E., López, C. G., Badía, R. W., Piñol, M. J., Hernández, A. J., y Caballero, A. A. (2011). Abordaje psicoeducativo de la depresión en atención primaria. El modelo INDI. *Metas de enfermería*, 14(4), 62-67.
- Arias, C. E. (2004). Evaluación de los síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. *Revista de la Facultad de Farmacia*, 46, 16-22

- Arrivillaga, Q. M., Cortés, G. C., Goicochea, J. V., y Lozano, O. T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1).
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B., y Gary, E. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Biblioteca de Psicología Desclee De Browwer S.A. Bilbao.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., y Steer, R. A. (1990). Relationships between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., y Brown, G. (1990). Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 191.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Benedito, M. C., Carrió, R. M., del Valle, G., y Domingo, G. A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordad sintomatología depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 24(92), 165-166.
- Borges, G., Rosovsky, H., Caballero, M. A., y Gómez, C. C. (2014). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991.
- Bright, J. I., Baker, K. D., y Neimeyer, R. A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 491.
- Caballo, V. E., y Carrobles, J. A. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Calderón, N. G. (1985). Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento.
- Chisti, P., Stone, D., Corcoran, P., Williamson, E., y Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *The European Journal of Public Health*. 13:108-14
- Cid, S. A., y Moreno, V. L. (2009). Propuesta de un modelo de psicoterapia grupal estratégica en depresión severa: cómo pasar de víctima de la depresión a protagonista de la recuperación. *Terapia psicológica*, 27(1), 41-49.
- Clínica Universidad de Navarra. (21 de mayo de 2013). *La depresión: síntomas y tratamiento*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=yqqjKg1kEUK>

- Coffin, C. N., Zúñiga, M. Á., y Coria, A. M. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
- Col.legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana. (2010). Honorarios profesionales orientativos.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I., y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa
- Conner, K. R., Meldrum, S., Wieczorek, W. F., Duberstein, P. R., y Welte, J. W. (2004). The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15-to 20-year-old males. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 363-373.
- Crumbaugh, J. C., y Maholick, L. T. (1969). *Manual of Instructions for the Purpose in Life Test*. Saratoga: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- Cuenca, E., Almirón, L., Czernik, G., y Marder, G. (2005). Evaluación de rasgos de depresión en estudiantes de Veterinaria de la ciudad de Corrientes. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 12(2).
- Dannenberg, A. L., McNeil, J. G., Brundage, J. F., y Brookmeyer, R. (1996). Suicide and HIV infection: mortality follow-up of 4147 HIV-seropositive military service applicants. *Jama*, 276(21), 1743-1746.
- De Salud, S. A. (2010). Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., Cenea, R., y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(108), 509-535.
- Ellis, A., Grieger, R., y Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Barcelona, España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, T. E. (2008). *Cognición y Suicidio: Teoría, investigación y terapia*. Editorial El Manual Moderno.
- Fava, M., y Rosenbaum, J. F. (1995). Pharmacotherapy and somatic therapies. *Handbook of depression*, 280-301.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986).

- Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Frankl, V. (1994). *La voluntad del sentido: conferencias escogidas sobre Logoterapia*; vigésima primera edición; editorial Herder.
- Frankl, V. (2011). *La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia*. Herder Editorial.
- Frankl, V. E. (1989). Un sentido para a vida. *Aparecida: Editora Santuário*.
- Frankl, V. E. (2011). *Teoría y terapia de las neurosis: iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Herder Editorial.
- García, B. R. (2016). Alternativas a la medicación en el tratamiento de la depresión: los tratamientos psicológicos.
- García-Alandete, J., GalleGo-Pérez, J. F., y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
- Gottfried, A. E. (2019). Adaptación Argentina del PIL Test (Test del Sentido de la Vida) de Crumbaugh y Maholick. *Revista de Psicología*, 12(23), 49-65.
- Hamilton, M. (1986). The Hamilton rating scale for depression. In *Assessment of depression* (pp. 143-152). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Hedayati, M. M., y Khazaei, M. M. (2014). An investigation of the relationship between depression, meaning in life and adult hope. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 598-601.
- Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40, 21-45.
- Heinemann, K. (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte* (Vol. 75). Editorial Paidotribo.
- Hirsch, H. (2007). Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica.
- Jacobs, D. G. (1999). Depression screening as an intervention against suicide. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jonas, K. (1992). Modelling and suicide: a test of the Werther effect. *British Journal of Social Psychology*, 31(4), 295-306.
- Kaplan, H. (1995). Cuadernos Comprensivos de Psiquiatría.
- Katz, R., Shaw, B. F., Vallis, T. M., y Kaiser, A. S. (1995). The assessment of severity and symptom patterns in depression.

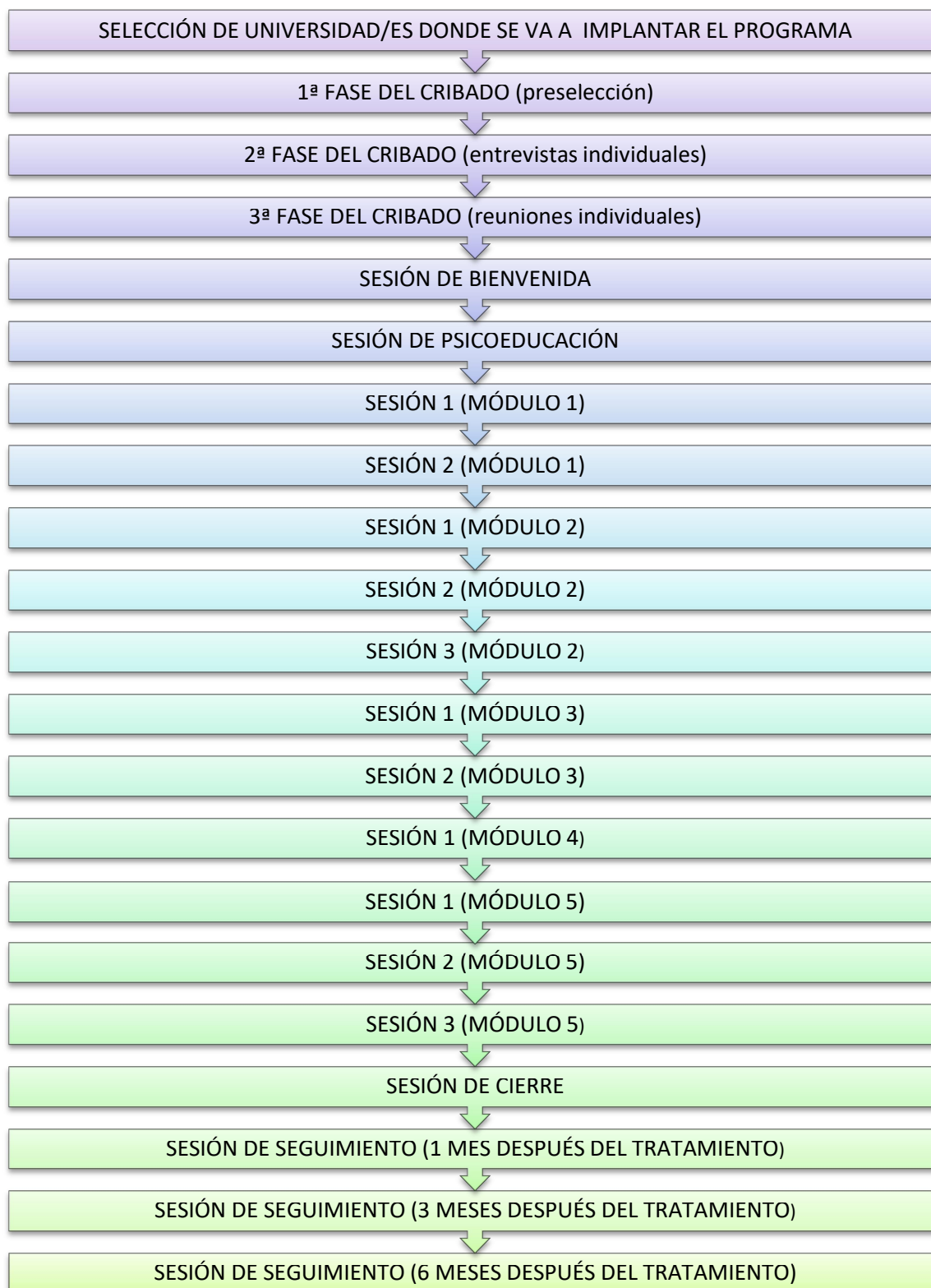
- Klerman, G. L., y Weissman, M. M. (1994). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Larraguibel, Q., González, M., Martínez, N., y Valenzuela, G. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183-191.
- Lartigue, T. (2005). Guía para la entrevista clínica psicodinámica de los estados depresivos con base en el modelo de Hugo Bleichmar. *Aperturas Psicoanalíticas* [http://www.aperturas.org/autores.php? a= Lartigue-Teresa](http://www.aperturas.org/autores.php?a=Lartigue-Teresa).
- Levkovitz, Y., Shahar, G., Native, G., Hirsfeld, E., Treves, I., Krieger, I., y Fennig, S. (2000). Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder—pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 60(3), 191-195.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., y Seeley, J. R. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 32(1), 60-68.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J., Antonuccio, D. O. y Teri, L. (1985). A behavioral group therapy approach to the treatment of depression. En D. Upper y S. M. Ross, eds., *Handbook of behavioral group therapy* (pp. 303-329). Nueva York: Plenum.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, 137, 201-201.
- Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational behavior and human performance*, 3(2), 157-189.
- Lukas, E. (2001). *Paz vital, plenitud y placer de vivir: los valores de la logoterapia*. Grupo Planeta (GBS).
- Macip, S. G., Martínez, A. D., León, S. O., Forteza, C. G., y Núñez, J. D. (2000). Características psicométricas de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- MacPhillamy, D. J., y Lewinsohn, P. M. (1982). The pleasant events schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 363.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34.
- Manning, J. J., Hooke, G. R., Tannenbaum, D. A., Blythe, T. H., y Clarke, T. M. (1994).

- Intensive cognitive-behaviour group therapy for diagnostically heterogeneous groups of patients with psychiatric disorder. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(4), 667-674.
- Martínez, O. E., y Trujillo, C. A. (2012). Validación del Test de Propósito Vital (pil test-purpose in life test) para Colombia. *Revista argentina de clínica psicológica*, 21(1).
- Maslow, A. (1995). Teoría de la Personalidad. *Edición-1954*.
- Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C., y Marconi, A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina.
- Miranda, C. A., Gutiérrez, J. C., Bernal, F., y Escobar, C. A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista colombiana de psiquiatría*, 29(3), 251-260.
- Neimeyer, R. A., Baker, K. D., Haykal, R. F., y Akiskal, H. S. (1995). Patterns of symptomatic change in depressed patients in a private inpatient mood disorders program. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59(4), 460.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Informe sobre la salud en el mundo: Cambiemos el rumbo de la historia. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Depresión*. Recuperado el 11 de marzo de 2019, de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención del suicidio*. Recuperado el 11 de marzo de 2019, de [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Psicoterapia estructurada breve*. Recuperado el 11 de marzo de 2019, de [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/depression/q3/es/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q3/es/)
- Pérez, A. M., y García, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3).
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior therapy*, 8(5), 787-804.
- Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 10(1), 91-102.
- Sacco, W. P., y Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy.
- Sáiz, J., y Montes, J. M. (2000). Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros

- nuevos antidepresivos. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*, 554-578.
- Sherman, N. E., Michel, R., Rybak, C., Randall, G. K., y Davidson, J. (2011). Meaning in life and volunteerism in older adults. *Adultspan Journal*, 10(2), 78-90.
- Shneidman, E. S. (1971). Perturbation and lethality as precursors of suicide in a gifted group. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1(1), 23-45.
- Simpson, S., y Jamison, K. (1999). The risk of suicide in patients with bipolar disorders. *J Clin Psychiatry*. 60(Suppl.2):53-6.
- Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. Jossey-Bass.
- Strosahl, K., Chiles, J. A., y Linehan, M. (1992). Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: Reasons for living, hopelessness, and depression. *Comprehensive psychiatry*, 33(6), 366-373.
- Sue, D. (1997). *Comportamiento anormal*. México:Mc Graw Hill.
- Tellez, V. J. (2000). La Noradrenalina. Su rol en la depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(1).
- Tovar, J. A., de los Ríos, L. R., Díaz, C. R., León, A. F., y Enríquez, J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 69-79.
- Tuesca, M. R., y Navarro, L. E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud uninorte*, (17).
- Universidad Pedagógica Nacional (2017). *Consentimiento informado psicología*. Recuperado el 21 de mayo de 2019 de [http://mpp.pedagogica.edu.co/download.php?file=consentimiento\\_informado\\_psicologia.pdf](http://mpp.pedagogica.edu.co/download.php?file=consentimiento_informado_psicologia.pdf)
- Velásquez, J. (2010). Trastornos depresivos. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Fundamentos de Medicina*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Woods, E. R., Lin, Y. G., Middleman, A., Beckford, P., Chase, L., y DuRant, R. H. (1997). The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 99(6), 791-796.
- Zamora, R. (1998). Diagnóstico de los trastornos depresivos en adolescentes. *Revista de Clínica Psicológica*, 7,1.

## ANEXOS

### Anexo 1. Pasos para la elaboración del programa



**Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck (BDI)****INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)**

NOMBRE O CÓDIGO:

SEXO:

EDAD:

FECHA:

CENTRO:

CARRERA:

**Instrucciones:**

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Tristeza	0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo	0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador

	y que las cosas sólo empeorarán.
3. Sentimientos de fracas	<p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p>
4. Pérdida de placer	<p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>
5. Sentimientos de culpa	<p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable constantemente.</p>
6. Sentimientos de castigo	<p>0 No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado</p>
7. Insatisfacción con uno mismo.	<p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto.</p>
8. Auto-críticas	<p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p>

	<p>2 Critico todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo por todo lo malo que sucede</p>
9. Pensamientos o deseos de suicidio	<p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>
10. Llanto	<p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
11. Agitación	<p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p>
12. Pérdida de interés	<p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo</p>
13. Indecisión	<p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p>

	<p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>
14. Inutilidad	<p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p>
15. Pérdida de energía	<p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>
16. Cambios en el patrón de sueño.	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>
17. Irritabilidad	<p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p>
18. Cambios en el apetito	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p>

	<p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente</p>
19. Dificultad de concentración	<p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p>
20. Cansancio o fatiga	<p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
21. Pérdida de interés en el sexo	<p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

### Anexo 3. Guía para la entrevista clínica basada en el modelo de Hugo Bleichmar

## GUÍA PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA BASADA EN EL MODELO DE HUGO BLEICHMAR

### Instrucciones:

A continuación se muestran una serie de cuestiones que pueden ser utilizadas para realizar el diagnóstico psicoanalítico de depresión. Es recomendable grabar la entrevista (tras haber obtenido el consentimiento informado del paciente), para poder después examinar la grabación aclarando así dudas o lagunas existentes.

A lo largo de esta entrevista deben ser suministradas de forma heteroaplicada la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS) y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (ISB).

1. Recibimiento y saludo. *–Duración de 10 a 20 segundos–*
2. Datos básicos y establecimiento de empatía o rapport *–Duración de 3 minutos–*
3. Motivo de la consulta: por qué le hemos hecho esta entrevista. *–Duración de 2 minutos–*
4. Examinar el cuadro clínico: si hay síntomas o preocupaciones y cuál es su inicio, intensidad (precisarla de manera semántica o cualitativa), duración, frecuencia, si está asociado con acontecimientos o situaciones) *–Duración entre 4 y 10 minutos–*
5. Historia de la dinámica del cuadro clínico: antecedentes, evolución de las relaciones desde su origen, posibles causas, etc. *–Duración entre 5 y 15 minutos–*
6. Historia general o contexto de vida:
  - a) Explorar las etapas de la vida viendo si hay elementos relacionados con el cuadro clínico: primera infancia (0 a 6 años), segunda infancia (6 a 12 años), adolescencia (desde los 12 años hasta la independencia económica, si la hay) y adultez joven (hasta los 40 años). *–Duración entre 10 y 15 minutos–*
  - b) Indagar acerca del significado dinámico-casual de las etapas especiales: cambio de casa, relaciones sentimentales, cambio de trabajo, pérdidas o ganancias emocionales importantes, etc. *–Duración entre 10 y 15 minutos–*
  - c) Explorar de manera general la historia de los padres/tutores. *–Duración entre 5 minutos–*
7. Explicar las conclusiones al paciente: retroalimentación del paciente y solución de dudas. *–Duración 5 a 15 minutos–*
8. Explicar los pronósticos posibles: *–Duración entre 5 y 10 minutos–*

- a) Sin ayuda profesional terapéutica
  - b) Con ayuda profesional terapéutica
9. Ofrecerle participar en el programa: en el caso de que decida participar, hacer que firme la hoja de consentimiento, después darle la información acerca de la fecha y hora de la sesión de bienvenida. En el caso de que decida no participar, por motivos éticos se le ofrecerá el servicio de los terapeutas del programa con la finalidad de que pueda acudir a sesiones individuales en el caso de que lo necesitare. *–Duración entre 3 y 5 minutos–*
10. Despedida cálida, motivadora y profesional. *–1 minuto–*

Total de duración mínima: 50 minutos

Total de duración máxima: 1 hora y 30 minutos

Duración promedio: 1 hora y 10 minutos.

Las duraciones propuestas son indicativas y no prescriptivas, por lo que pueden sufrir modificaciones.

### **Recomendaciones para el entrevistador:**

1. Mantén una voz serena, entendible y segura.
2. Presta atención a tu postura corporal y tus movimientos.
3. Mantén el contacto visual con el paciente más del 85% del tiempo de la sesión, sobre todo en el comienzo.
4. Exprésate con precisión y mediante un lenguaje que sea accesible para el paciente.
5. Procura que el paciente se exprese lo suficiente en sus respuestas.
6. Muéstrate comprensivo con los sentimientos, pensamientos y acciones del paciente.
7. Evita refutar de forma agresiva u ofender al paciente.
8. Evita con delicadeza que el paciente se extienda de manera innecesaria.
9. Evita dar consejos voluntariosos o moralistas.

### **Datos complementarios:**

Para poder llevar a cabo esto eficientemente, a continuación se muestra una lista de datos complementarios que deberán de tenerse en cuenta en la entrevista, ya que se tratan de

variables que pueden incidir o tener relación con la presencia de depresión o conducta/ideación suicida en los sujetos:

- Carrera universitaria
- Apoyo social
- Género
- Estado socioeconómico
- Antecedentes familiares y/o personales de depresión o conducta suicida
- Estabilidad económica
- Situación civil de los padres
- Consumo de medicamentos, alcohol o sustancias psicoactivas
- Situación académica

**Anexo 4. Consentimiento informado del paciente inspirado en el formato oficial propuesto por la Universidad Pedagógica Nacional**

## HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>Nombre y apellidos:</b> <b>NIE/NIF:</b>	<b>Fecha:</b>
---	---------------

<b>Nombre del Investigador Principal:</b> <b>Datos de contacto:</b>	<b>Centro:</b> <b>Servicio:</b>
--	------------------------------------

<b>Título del ensayo:</b> Programa de tratamiento de la depresión y prevención del suicidio en universitarios.
--

Sr(a) Usuario, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si tiene cualquier duda consúltelas con el/la psicólogo/a.

### **1. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS**

Toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente.

Sin embargo, de acuerdo con la ley 1090 del 2006, es necesario quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

### **2. MODELO DE TRATAMIENTO**

El tratamiento que se le brinda es llevado a cabo con base en un modelo psicológico empíricamente validado, que en unos casos funciona mejor que en otros. Durante las primeras sesiones, el/la psicólogo/a discutirá el problema y obtendrá información relevante.

### 3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el/la psicólogo(a) para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por usted. El proceso de atención psicológica requiere de su compromiso de asistencia, puntualidad y participación y además de su colaboración en diligenciar una serie de documentos y/o pruebas, con información personal que será utilizada por el/la profesional para la evaluación y tratamiento.

### 4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, manifiesto:

- 1) Mi aceptación del proceso de evaluación y tratamiento ofrecido por el servicio de psicología de la Universidad \_\_\_\_\_ y que me ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me ha aclarado el/la psicóloga/o.
- 2) Que la información que le brindo al psicólogo/a es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.
- 3) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1° Cuando quiera
- 2° Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha

Fecha

\*Recibirá una copia de esta hoja de información al paciente y documento de consentimiento informado.

**Anexo 5. Escala de Depresión de Hamilton (HDRS)****ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HDRS)**

NOMBRE O CÓDIGO:

SEXO:

EDAD:

FECHA:

CENTRO:

CARRERA:

**Instrucciones:**

Se trata de una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

*1. Humor deprimido: (Actitud melancólica, pesimismo acerca del futuro, sentimiento de tristeza y tendencia a llorar)*

0. Ausente

1. Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
2. Estas sensaciones las relata espontáneamente
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
4. Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

*2. Sensación de culpabilidad*

0. Ausente

1. Se culpa a sí 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 palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)*

0. Palabra y pensamiento normales
1. Ligeramente retrasado 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 irritabilidad
2. Preocupación por pequeñas cosas
3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla
4. Terrores expresados sin preguntarle

*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 del apetito, pero come sin necesidad de que lo 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. Insight (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

**Anexo 6. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (ISB)****ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK  
(ISB)**

NOMBRE O CÓDIGO:

SEXO:

EDAD:

FECHA:

CENTRO:

CARRERA:

**I. Circunstancias objetivas****1. *Aislamiento***

- 0. Alguien presente
  - 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)
  - 2. Nadie cerca o en contacto

**2. *Medición del tiempo***

- 0. La intervención es muy probable
  - 1. La intervención es poco probable
  - 2. La intervención es altamente improbable

**3. *Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas***

- 0. Ninguna
  - 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
  - 1. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)

**4. *Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento***

- 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda

1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
2. No contactó, ni avisó a nadie

5. *Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)*

0. Ninguno
1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales

6. *Preparación activa del intento*

0. Ninguna
1. Mínima o moderada
2. Importante

7. *Nota suicida*

0. Ninguna
1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
2. Presencia de nota

8. *Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)*

0. No comunicación verbal
1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)
2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

## **II. Autoinforme**

9. *Propósito supuesto del intento*

0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
1. Componentes de O y 2
2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*

0. Pensó que era improbable
1. Posible pero no probable

2. Probable o cierta

*11. Concepción de la letalidad del método*

0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

*12. Seriedad del intento*

0. No intentó seriamente poner fin a su vida
1. Inseguro
2. Intentó seriamente poner fin a su vida

*13. Actitud hacia el vivir/morir*

0. No quería morir
1. Componentes de 0 y 2
2. Quería morir

*14. Concepción de la capacidad de salvamento médico*

0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

*15. Grado de premeditación*

0. Ninguno, impulsivo
1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

### **III. Circunstancias subjetivas**

*16. Reacción frente al intento*

0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
1. Acepta tanto el intento como su fracaso
2. Rechaza el fracaso del intento

*17. Preconcepciones de la muerte*

0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas

2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

*18. Número de intentos de suicidio previos*

0. Ninguno
1. 1 o 2
2. 3 o más

*19. Relación entre ingesta de alcohol e intento*

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

*20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

**Anexo 7. Escala de Desesperanza de Beck (BHS)****ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)**

NOMBRE O CÓDIGO:

SEXO:

EDAD:

FECHA:

CENTRO:

CARRERA:

**Instrucciones:**

Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		

11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el Futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

**Anexo 8. Test propósito vital (PIL)****TEST SENTIDO EN LA VIDA (PIL - TEST)**

NOMBRE O CÓDIGO:

SEXO:

EDAD:

FECHA:

CENTRO:

CARRERA:

**Instrucciones:**

En cada una de las siguientes afirmaciones, rodee con un círculo el número que refleje mejor la verdad sobre usted mismo. Por favor, señale su propia posición sin considerar las fluctuaciones pequeñas y momentáneas. Responda espontáneamente uno de los siete puntos. Dese cuenta que los números representan desde un sentimiento extremo hasta su contrario. Si contesta neutro significa que no puede inclinarse hacia ninguno de los extremos; intente utilizarlo lo menos posible. No existen respuestas correctas ni incorrectas. No deje ninguna afirmación sin contestar.

**1. Generalmente estoy**

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente aburrido			neutro	Entusiasmado		

---

**2. La vida me parece**

7	6	5	4	3	2	1
Siempre emocionante			neutro	Completamente Rutinaria		

---

**3. Para mi vida**

1	2	3	4	5	6	7
No tengo ninguna meta fija			neutro		Tengo metas bien definidas	

---

**4. Mi existencia personal**

1	2	3	4	5	6	7
No tiene significado			neutro		Tiene mucho significado	

---

**5. Cada día es**

7	6	5	4	3	2	1
Constantemente nuevo			neutro		Exactamente idéntico	

---

**6. Si pudiera escoger, preferiría**

1	2	3	4	5	6	7
No haber nacido			neutro		Vivir mil veces más una vida idéntica a esta	

---

**7. Después de jubilarme, me gustaría**

7	6	5	4	3	2	1
Hacer algunas cosas que me han interesado			neutro		Vagar el resto de mi vida	

---

**8. En alcanzar las metas de la vida**

1	2	3	4	5	6	7
No he progresado nada			neutro		He progresado como para estar completamente satisfecho	

---

**9. Mi vida está**

1	2	3	4	5	6	7
Vacía, desesperada			neutro		Llena de cosas buenas y emocionantes	

---

**10. Si muriera hoy, consideraría que mi vida**

7	6	5	4	3	2	1
Valió la pena			neutro	No valió la pena para nada		

---

**11. Al pensar en mi vida**

1	2	3	4	5	6	7
Me pregunto a menudo ¿Por qué existo?			neutro	Siempre veo una razón por la que estoy aquí		

---

**12. Al considerar el mundo en relación con mi vida, el mundo**

1	2	3	4	5	6	7
Me confunde totalmente			neutro	Tiene significado para mi vida		

---

**13. Yo soy**

1	2	3	4	5	6	7
Un irresponsable			neutro	Muy responsable		

---

**14. En cuanto a la libertad del hombre para tomar sus propias decisiones, creo que el hombre es**

7	6	5	4	3	2	1
Totalmente libre de elegir			neutro	Completamente limitado por su herencia y ambiente		

---

**15. En cuanto a la muerte**

7	6	5	4	3	2	1
Estoy preparado y no tengo miedo			neutro	No estoy preparado y tengo miedo		

---

**16. En cuanto al suicidio**

1	2	3	4	5	6	7
He pensado que es seriamente una salida			neutro	Nunca he pensado en ello		

---

**17. Considero que mi capacidad para encontrar un sentido o propósito en mi vida**

7	6	5	4	3	2	1
Es muy grande			neutro	Es nula		

---

**18. Mi vida está**

7	6	5	4	3	2	1
En mis manos y bajo mi control			neutro	Fuera de mis manos y controlada por factores externos		

---

**19. Enfrentarme con mis tareas diarias es**

7	6	5	4	3	2	1
Una fuente de placer y satisfacción			neutro	Una experiencia aburrida y penosa		

---

**20. Yo he descubierto que**

1	2	3	4	5	6	7
No tengo ningún sentido ni propósito ni misión en mi vida			neutro	Tengo metas claras, delimitadas y un sentido de vida que me satisface		

---

## **Anexo 9. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5**

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

- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

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

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

## Anexo 10. Normas para las sesiones de terapia

### NORMAS PARA LAS SESIONES DE TERAPIA

1. ¡LLEGA A TIEMPO Y SÉ PUNTUAL!
2. ¡NO TE LO PIERDAS! Este es un compromiso contigo, con tu terapeuta y con el grupo, respétalo.
3. Mantén una actitud positiva.
4. ¡REALIZA LAS TAREAS! El practicar lo que has aprendido en la sesión te permite saber si esos métodos son los adecuados para ti.
5. Apaga tu teléfono o ponlo en vibración al entrar a las sesiones de terapia para evitar interrumpir.
6. Lo que hablas en la sesión es confidencial. Aun así, está bien compartir lo que has aprendido con otras personas, si es lo que deseas.
7. Trata de ser lo más honesto/a posible y expresarte tal y como tú eres y cómo te sientes. ¡Que no existan los tabús!
8. La gente que padece depresión puede tener pensamientos recurrentes sobre la muerte, ¡informa al terapeuta si esto ocurre!
9. Respeta a tus compañeros, ellos también lo harán

#### CONSEJOS:

- Realiza ejercicio físico (pasea durante media hora o una hora al día)
- No duermas más de 9 horas
- Dejarse ayudar por los que les rodean es fundamental
- Evita consumir sustancias como el alcohol u otras drogas

**Anexo 11. Consentimiento de información a padres/tutores****CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN A  
PADRES/TUTORES**

Yo ..... con DNI ..... a día ..... de  
..... de....., doy mi autorización para que mis  
padres/tutores estén informados acerca de los datos que el terapeuta considere  
relevantes o de vital importancia (ej. intentos suicidas, manifestación de  
actitudes suicidas, comentarios sobre la muerte, etc.), con la única finalidad de  
perpetuar mi bienestar y asegurar mi salud.

Firmado:

**\*Esta hoja debe ser entregada al terapeuta encargado de la terapia**

## Anexo 12. Calendario del programa

AÑO: 2020

FEBRERO		MARZO		ABRIL	
5	A las 09:00 am se realizará el pase del BDI en el aula	4	A las 17:00 pm PSICOEDUCACIÓN	1	A las 17:00 pm METAS DE VIDA (SESIÓN 4)
10 - 14	A las 16:00 pm se procederá a comenzar con las entrevistas individuales por orden de lista	11	A las 17:00 pm ACTIVACIÓN CONDUCTUAL (SESIÓN 1)	8	A las 17:00 pm REFORZAMIENTO DE LA AUTOESTIMA (SESIÓN 5)
17 - 21	A las 16:00 pm comenzará la realización de entrevistas individuales: entrega de diagnóstico por orden de lista	18	A las 17:00 pm ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (SESIÓN 2)	15	A las 17:00 pm ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (SESIÓN 6)
		25	A las 17:00 pm LOS PENSAMIENTOS (SESIÓN 3)	22	A las 17:00 pm DUELO (SESIÓN 7)
				29	A las 17:00 pm LOGOTERAPIA (SESIÓN 8)

**AÑO: 2020**

MAYO		JULIO		SEPTIEMBRE		DICIEMBRE	
6	A las 17:00 pm TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL (SESIÓN 9)	1	A las 17:00 pm Comienzo de las entrevistas de seguimiento por orden de lista	1	A las 17:00 pm Comienzo de las entrevistas de seguimiento por orden de lista	1	A las 17:00 pm Comienzo de las entrevistas de seguimiento por orden de lista
13	A las 17:00 pm ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN ABDOMINAL Y RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON (SESIÓN 10)	2	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento	2	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento	2	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento
20	A las 17:00 pm PLANIFICACIÓN, GESTIÓN DEL TIEMPO Y ESTUDIO (SESIÓN 11)	3	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento	3	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento	3	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento
		6	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento	4	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento	4	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento
27	A las 17:00 pm SESIÓN DE CIERRE	7	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento	7	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento	7	A las 17:00 pm entrevistas de seguimiento

<b>CRIBADO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>TIEMPO DE ESTANCIA</b>
Pase del BDI		1 hora
Entrevistas clínicas individuales		1 hora y 10 minutos por persona
Reuniones individuales		20 minutos por persona
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>LUGAR</b>	<b>TIEMPO DE ESTANCIA</b>
BIENVENIDA		2 horas y 30 minutos
PSICOEDUCACIÓN		2 horas y 30 minutos
<b>SESIONES</b>	<b>LUGAR</b>	<b>TIEMPO DE ESTANCIA</b>
Sesión 1		1 hora y 30 minutos
Sesión 2		2 horas
Sesión 3		2 horas
Sesión 4		1 hora y 30 minutos
Sesión 5		1 hora y 30 minutos
Sesión 6		1 hora y 10 minutos
Sesión 7		1 hora y 10 minutos
Sesión 8		1 hora y 30 minutos
Sesión 9		2 horas
Sesión 10		1 hora
Sesión 11		1 hora y 30 minutos
<b>CIERRE</b>	<b>LUGAR</b>	<b>TIEMPO DE ESTANCIA</b>
SESIÓN DE CIERRE		2 horas y 30 minutos
<b>SEGUIMIENTO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>TIEMPO DE ESTANCIA</b>
AL MES, A LOS 3 MESES Y A LOS 6 MESES		2 horas por persona

**Anexo 13. Medidas de seguridad****HOJA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD**

En el caso de que sufra una crisis en las que sienta ganas de llevar a cabo una conducta suicida, llame al terapeuta de guardia inmediatamente o al Teléfono de la Esperanza.

Si últimamente está teniendo pensamientos recurrentes acerca del suicidio, informe a su terapeuta en las sesiones y/o consulte con el Teléfono de la Esperanza.

Si ha llevado a cabo una conducta suicida como autolesionarse, automedicarse de forma irresponsable, etc. llame al terapeuta de guardia o/y diríjase a urgencias.

Si está presenciando una conducta suicida o un acto suicida consumado, llame o diríjase a urgencias o consulte al terapeuta.

Teléfono y correo electrónico de los terapeutas de guardia:

- //
- //
- //

Teléfono de urgencias: 112 // Carrer de Callosa d'En Sarrià, 8

Teléfono de la Esperanza: 717 003 717 // 963 916 006

**Anexo 14. Video sobre la sintomatología depresiva**

<https://www.youtube.com/watch?v=yqqjKg1kEUk>



## Anexo 16. Programa semanal de actividades

# PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
09:00 - 10:00							
10:00 - 11:00							
11:00 - 12:00							
12:00 - 13:00							
13:00 - 14:00							
14:00 - 15:00							
15:00 - 16:00							
16:00 - 17:00							
17:00 - 18:00							
18:00 - 19:00...							

## Anexo 17. Contrato de actividades

# CONTRATO DE ACTIVIDADES

D<sup>o</sup>/D<sup>a</sup>

SE COMPROMETE CONSIGO MISMO Y CON LOS DEMÁS MIEMBROS DEL PROGRAMA A REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN SU HOJA DE REGISTRO.

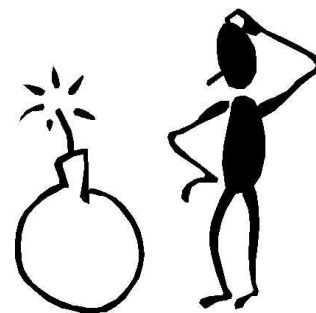


FIRMA DEL  
RESPONSABLE

FIRMA DEL TERAPEUTA

## Anexo 18. Analiza tu problema

# ANALIZA TU PROBLEMA



- 1° **Acepta que los problemas son parte de la vida de todo.**
- 2° **Define el problema:** obtén información relevante sobre el problema y averigua su naturaleza.
- 3° **Encuentra o crea soluciones alternativas:** debes conseguir tantas soluciones alternativas como puedas.
- 4° **Valora las alternativas:** valora los pros y contras de cada una de las soluciones que has encontrado. A la hora de realizar la valoración ten en cuenta los siguientes puntos:
  - ✓ ¿Es viable?
  - ✓ ¿Cuáles son sus *consecuencias positivas y negativas* a corto, medio y largo plazo?
  - ✓ ¿Mis valores personales me permiten llevar a cabo esta alternativa?
  - ✓ ¿He pasado por experiencias parecidas a esta? ¿Qué hice en aquel momento?
  - ✓ ¿La elección de esta alternativa tiene realmente los efectos que creo?
  - ✓ Antes de poner en marcha una decisión compleja y que no tiene marcha atrás, es recomendable que pruebes otras soluciones de menor impacto.
  - ✓ Comprueba si se pueden combinar alternativas con el fin de reducir el listado
- 5° **Elige una de ellas y ponla en práctica:** no vuelvas atrás en el proceso de nuevo para no caer en la ansiedad, en la rumiación, etc., la decisión está tomada.
- 6° **Verificación:** ¿te ha servido? ¡Si es así puedes utilizarlo de ejemplo en el futuro!

AHORA EFECTÚA TU LOS PASOS CON UN PROBLEMA QUE TENGAS

✓ 1°

✓ 2°

✓ 3°

-

-

-

-

-

✓ 4°

SOLUCIÓN	PROS	CONTRAS

✓ 5°

✓ 6°

## Anexo 19. Tarjetas de tipos de errores de pensamiento

### CULPABILIDAD

Cuando creemos que los demás son responsables de nuestro sufrimiento o cuando nos culpamos a nosotros mismos de los problemas de otros.

*Ejemplo: Pensar que he suspendido porque el profesor me tiene manía o pensar que si mi compañero se ha caído ha sido porque yo había pensado que se iba a caer.*

### ABSTRACCIÓN SELECTIVA O FILTRAJE

Cuando nos centramos en los aspectos negativos y pasamos por alto los positivos.

*Ejemplo: Cuando hacemos una exposición oral y todo el mundo nos felicita, pero nosotros sólo podemos pensar en que nos hemos confundido al decir una palabra.*

### PERSONALIZACIÓN

Cuando creemos que somos la causa de sucesos externos desafortunados, de los que realmente no somos responsables.

*Ejemplo: “María tiene mala cara, debe de estar enfadada conmigo”*

### SESGO CONFIRMATORIO

Tendencia a interpretar la realidad de manera que confirme nuestras creencias previas.

Ejemplo: “me he equivocado, si es que ya sabía que yo no sirvo para esto”.

*Ejemplo: “He perdido, si es que ya sabía que yo que no era bueno para esto”*

## FALACIA DE LA RECOMPENSA DIVINA

Cuando creemos que en un futuro los problemas mejorarán solos, sin que nosotros hagamos nada.

*Ejemplo: "Mi compañero me molesta todos los días, pero no importa porque el tiempo lo pondrá en su lugar"*

## PENSAMIENTO POLARIZADO/DICOTÓMICO

Cuando pensamos que las cosas son blancas o negras, buenas o malas, sin existir un término medio.

*Ejemplo: Pensar que una persona o te quiere o te odia.*

## MAGNIFICACIÓN Y/O MINIMIZACIÓN

Cuando damos más importancia a nuestro errores y al éxito de los demás, minimizando nuestros éxitos y los errores de otros.

*Ejemplo: "Juan se ha confundido, pero mi confusión ha sido muchísimo peor"*

## VISIÓN CATASTRÓFICA

Cuando adelantamos los acontecimientos esperando el desastre, colocándonos en lo peor si tener ninguna prueba.

*Ejemplo: "Si suspendo será terrible, sería lo peor que me puede pasar en la vida"*

## PENSAMIENTO PERFECCIONISTA/DEBERÍA

Cuando hacemos uso de unas normas rígidas sobre cómo deberíamos de actuar nosotros y el resto, y nos sentimos mal o enfadado cuando no las cumplimos.

*Ejemplo: “Debería de pasar más tiempo con mi familia» o «No debería de llegar tarde nunca”*

## SOBREGENERALIZACIÓN

Cuando a partir de un suceso aislado extraemos una conclusión general y la aplicamos a otros acontecimientos que no guardan relación.

*Ejemplo: “He roto un plato, siempre rompo todo”*

## INFERENCIA ARBITRARIA

Cuando vemos todo negativo, teniendo pruebas o no acerca de que es negativo, extrayendo conclusiones precipitadas de los acontecimientos.

Existen dos tipos muy frecuentes:

### INTERPRETACIÓN O LECTURA DE PENSAMIENTO

Cuando creemos saber qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen.

*Ejemplo: “Me están mirando porque estoy haciendo el ridículo”*

### EL ERROR DE ADIVINAR EL FUTURO

Cuando esperamos que las cosas salgan mal.

*Ejemplo: “No voy a ir a la fiesta por voy a pasarlo mal”*





## Anexo 22. Consiguiendo mis metas

# CONSIGUIENDO MIS METAS

<p><b>METAS A CORTO PLAZO</b> ¿Qué quieres hacer antes de los próximos 6 meses?</p>	
---	--

A continuación escribe los pasos que debes de llevar a cabo para conseguir la meta. Añade todos los pasos que consideres necesarios:

Paso 1.

Paso 2.

Paso 3.

Obstáculos:

<p><b>METAS A LARGO PLAZO</b> ¿Qué quieres hacer a lo largo de tu vida?</p>	
---	--

A continuación escribe los pasos que debes de llevar a cabo para conseguir la meta. Añade todos los pasos que consideres necesarios:

Paso 1.

Paso 2.

Paso 3.

Obstáculos:

<p>META DE VIDA</p> <p>¿Cuál es la meta más importante de tu vida?</p>	
--	--

A continuación escribe los pasos que debes de llevar a cabo para conseguir la meta. Añade todos los pasos que consideres necesarios:

Paso 1.

Paso 2.

Paso 3.

Obstáculos:

**Anexo 23. Personalízate**

# PERSONALIZATE

¿QUÉ ES LO QUE ME GUSTA DE MI?

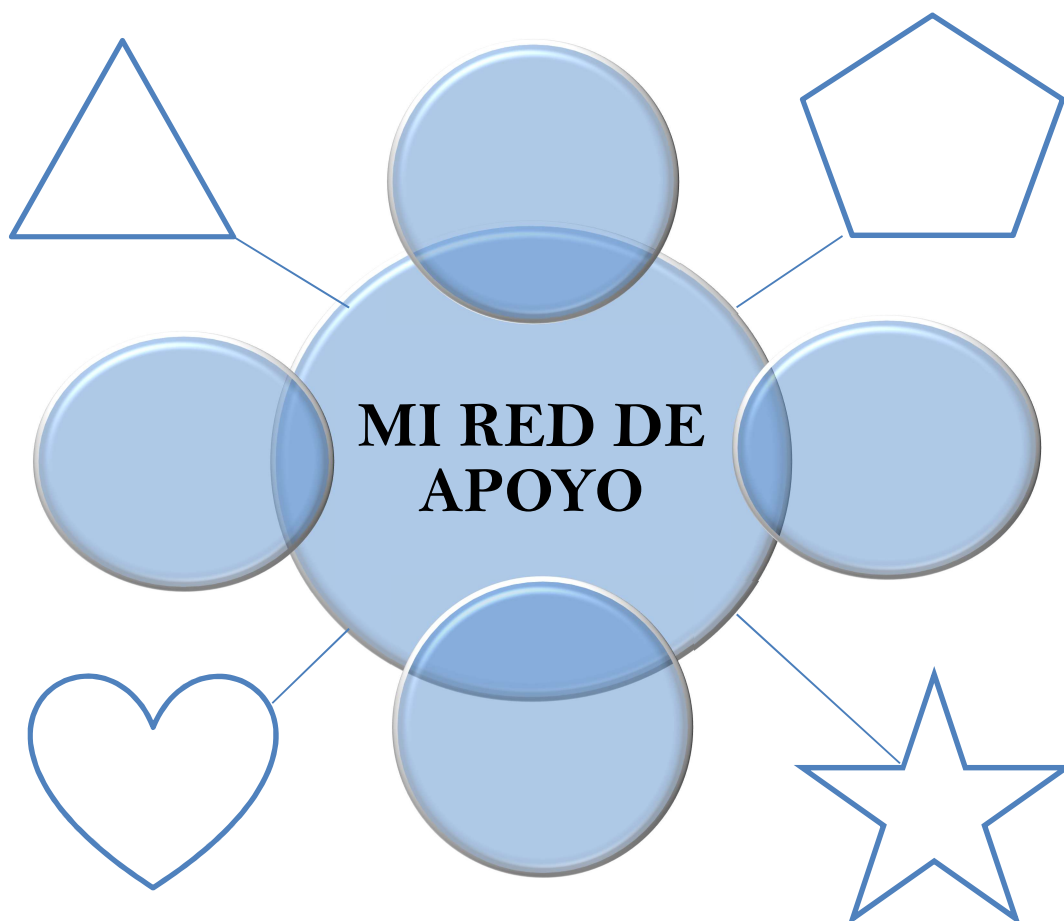


¿QUÉ ES LO QUE NO ME GUSTA DE MI?



## Anexo 24. Redes sociales

# REDES SOCIALES





## Anexo 26. Trabajando mi Resiliencia

# TRABAJANDO MI RESILIENCIA...

Las fuentes interactivas de la resiliencia son:

Yo "TENGO" (personas en las que confío, que quieren que aprenda, que me ayudan...)

Yo "SOY" (una persona por la que otros sienten estima, que está contenta cuando hace algo bueno, que demuestro mi afecto, con respeto hacia mí mismo y hacia los demás...)

Yo "ESTOY" (preparado para responsabilizarme de mis actos, convencido de que todo irá bien...)

Yo "PUEDO" (hablar de cosas que me dan miedo, buscar formas de resolver mis problemas, encontrar a gente que me ayude...)

¡AHORA HAZLO TÚ!

Yo "TENGO"

Yo "SOY"

Yo "ESTOY"

Yo "PUEDO"

## Anexo 27. Instrucciones para realizar la relajación progresiva de Jacobson

# INSTRUCCIONES PARA REALIZAR LA RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Las tres fases pueden durar entre 10 y 15 minutos. No se debe tener prisa.

Esta técnica se puede repetir varias veces al día.

Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

1º FASE: Tensión-relajación.

• Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):

✚ Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.

✚ Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.

✚ Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.

✚ Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.

✚ Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.

✚ Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.

✚ Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.

✚ Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.

✚ Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.

• Relajación de brazos y manos: Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.

- Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.
- Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
  - ✚ Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
  - ✚ Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
  - ✚ Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.
  - ✚ Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

2ª FASE: repaso.


- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.


3ª FASE: relajación mental.


- Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.


Anexo 28. Calendario semanal

¡ORGANIZA TU TIEMPO!


Actividades de ocio 

Viajes escolares 

Manualidades 

Fiesta de cumpleaños 

Biblioteca 

Baile y música 

Mayo [2020]

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Semana 1	----	----	----	----	1	2	3
Semana 2	4	5	6	7	8	9	10
Semana 3	11	12	13	14	15	16	17



## Anexo 29. Evaluación del programa

### FICHA DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

A continuación se presentan frases que deben de ser puntuadas del 1 al 5 según el nivel de acuerdo que estéis respecto a ellas.

Se confirma que esta hoja es anónima y que la información sólo será utilizada con medios informativos acerca de la efectividad del programa.

Esta hoja debe ser cumplimentada de manera individual.

1: Totalmente en desacuerdo

2: Parcialmente en desacuerdo

3. Ni en desacuerdo ni en acuerdo

4. Parcialmente de acuerdo

5. Totalmente de acuerdo

- ◆ El programa me ha servido para conocerme mejor y darle nombre a lo que experimento --
- ◆ Me he sentido integrado en el grupo de terapia ---
- ◆ Creo que esta experiencia ha sido positiva ---
- ◆ Los terapeutas han mostrado estar pendientes e interesados en mi situación personal ---
- ◆ Las tareas/herramientas proporcionadas durante las sesiones me han servido como ayuda en el día a día ---
- ◆ Este programa me ha ayudado a mejorar mi situación ---
- ◆ Recomendaría este programa a otras personas que estuviesen en la misma situación que yo ---
- ◆ Creo tener mayores herramientas para gestionar los acontecimientos ---
- ◆ He asistido a todas las sesiones del programa ---
- ◆ Creo que mi actitud en el programa ha sido la adecuada ---
- ◆ He sido responsable respecto a mi participación en el programa (no he interrumpido, no he sido impuntual, etc.) ---
- ◆ Creo haber mejorado mi situación gracias a las sesiones proporcionadas ---

◆ La Hoja de Medidas de Seguridad me ha sido de gran utilidad ---

¿Qué crees que se podría mejorar en el programa?

Coméntanos tu experiencia: