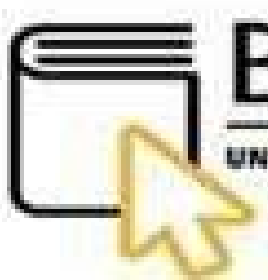


rescate y poder retomar el sueño. No abordando situación mediante técnicas psicológicas.

Tras saber los motivos por el cual el residente presenta pensamientos de suicidio, realizamos pequeño abordaje de los pensamientos intrusivos que se presentan en estos momentos. Valorándolos detenidamente y preguntando la responsabilidad real por su parte de todos ellos.

Tras esto, realizamos lista de actuación ante pensamientos e ideas de suicidio por la noche. Con esta lista de actuación, se pretende conseguir distraer al P. de aquellos pensamientos intrusivos, facilitándole actividades de distracción y fomentando e incentivando el pedir ayuda a los profesionales del centro, cuando esto sucede. Dicha lista de actuación y distracción comienza por la ya aprendida técnica de relajación.

El objetivo de esta lista de actuación, es lograr que mediante las diferentes actividades p de suicidio disminuya. D Informando siempre de 1 ara abordar problemática de posible cambio de m



Sesión 7:

Durante sesiones anteriores se objetiva en el residente miedo ante situaciones de la vida diaria.

Comenzamos la sesión 7 solicitándole un listado acerca de sus miedos y el nivel de ansiedad que le producen.

Cuando realiza el listado, se le pide que ordene sus miedos de menor a mayor gravedad. Tras esto comenzamos desensibilización sistemática, mediante, técnica de exposición en imaginación, con aquel miedo que menor malestar le produce.

En primer lugar adaptamos el área de trabajo para que el P. se encuentre lo más cómodo posible y se eviten aquellos factores distractores, que pueden dificultar la realización correcta de la técnica. Tras esto se solicita que imagine la situación de la que hemos hablado anteriormente. Lugar, olores, sensaciones físicas que le produce el pensamiento de esa situación. Se recalca que mientras mantiene este pensamiento, sea

capaz de establecer un ritmo de respiración adecuado. Fomentando al máximo su sensación de relajación y seguridad durante la técnica.

Durante la sesión, practica la técnica con tres de los miedos anotados en su lista. Al finalizar se le pregunta nivel de ansiedad percibido durante la práctica y tras la misma. Observando que comienza la práctica con un nivel de ansiedad medio, de 3, disminuyendo con el avance de la técnica en imaginación a 0.

Para finalizar explicamos técnica de exposición en vivo, y mandamos como tarea para la próxima sesión, que se exponga a todas aquellas situaciones que le producen miedo, comenzando con las que menor grado de ansiedad le producen hasta llegar a la que mayor ansiedad le da. Le entregamos autorregistro en el cual debe anotar fecha, situación a la que enfrenta y nivel de ansiedad sentido antes, durante y tras exposición. A su vez, debe anotar si ha sido capaz de enfrentarse a la situación planteada o no.

Sesión 8:

Al comienzo de la sesión observamos ejercicio semanal de técnica en exposición, observamos que el nivel de ansiedad se ve disminuido cuando el P. realiza en varias ocasiones dicha técnica, ante el mismo miedo. Reforzamos esfuerzo y logros. Eliminamos autorregistro aunque motivamos mantenimiento de actitud.

Esta sesión se centra en abordar aquellos recuerdos intrusivos que le provocan malestar emocional. Solicitamos que anote cuales son aquellos recuerdos que más le atormentan, anotándolos de menor a mayor influencia en el día a día.

Tras esto, realizamos técnica de relajación, una vez logrado nivel óptimo de relajación, le pedimos que recuerde pensamiento intrusivo. Comenzamos con el que menor malestar le produce. Le decimos que se centre en la emoción que vivió en su día. Guiamos pensamiento, ¿Qué sientes ahora? ¿Cuál es el nivel de malestar que te produce? Ahora mismo, estando aquí ¿crees que sigues en peligro? Reforzamos idea de seguridad. Volvemos a inducir el recuerdo y repetimos preguntas. Hasta observar disminución activación fisiológica al recordar dicha experiencia. Realizamos este ejercicio con tres recuerdos intrusivos.

Mandamos como tarea para la semana, la realización de esta técnica por cuenta propia y anotar si disminuye mal estar o se mantiene.

Tras esto explicamos el concepto de resiliencia y la capacidad que tienen las personas de sobreponerse ante situaciones difíciles y lo que obtenemos de las mismas. Se le pregunta:

¿Qué crees que has podido sacar de estas vivencias?

Nos informa que cree que se ha hecho más fuerte y a su vez le ha enseñado a respetar siempre al resto de personas.

Para finalizar la sesión volvemos a administrar cuestionario Beck para la depresión, cuestionario Duke-UNC y realizamos llamada a su hija, para contrastar consumo de alcohol durante salidas a casa y solicitamos a enfermería registro de pruebas de alcohol.

Sesión 9:

Revisamos tarea de la sesión anterior.

Comenzamos objetivo de la sesión, abordando sentimientos de culpa ante los recuerdos intrusivos de la sesión anterior. Analizamos las situaciones una a una, indagamos responsabilidad real ante cada situación y circunstancias de las mismas (edad que tenía, situación personal, salud mental y física en el momento, hábitos, etc.).

Tras esto indagamos en que situaciones surgen estos pensamientos y sentimientos de culpabilidad, observando que se dan durante episodio depresivo, en el momento de dormir. Por lo que en ese momento recordamos técnica de relajación y distracción del pensamiento.

Recordamos síntomas depresivos y como solicitar ayuda ante estas situaciones. Muestra conocimientos de síntomas y de cómo actuar y solicitar ayuda.

Tras esto planteamos situaciones cotidianas en las que también ha presentado sentimientos de culpa y explicamos técnica de resolución de conflictos. Dotándole de habilidades para la correcta resolución de los mismos. Evitando sensación de culpabilidad final.

Sesión 10:

Observando evolución del P. y necesidad del mismo por sentirse realizado laboralmente. Centramos esta sesión en plantear objetivos reales de futuro, valorando sus capacidades y posibilidades de llevarlo a cabo.

Derivamos con el trabajador social del centro, para que este le informe sobre cursos y formación laboral, encaminada a abrirle puertas laborales en el futuro. Mientras logra completa rehabilitación psicológica. Tras esto se le informa de siguientes pasos a seguir si mantiene estabilidad conductual y psicopatológica (vivienda tutelada).

Finalmente dedicamos 20 minutos de la sesión para resolver posibles dudas. Observar ejercicios realizados y mantener contacto con su hija para comprobar evolución en casa.

Sesión 11:

La última sesión se dedica a la administración de los cuestionarios post tratamiento. Dedicamos 60 minutos a la administración de las diferentes escalas. Tras esto se le explica que se realizaran dos sesiones más. Una al mes y la segunda a los dos meses, para observar evolución y mantenimiento o no de lo aprendido.

Se deja tiempo para resolución de dudas. Y se le pregunta de forma general que es lo que ha aprendido y que cree que puede conseguir con lo conseguido hasta el momento.

Realizamos llamada a su hija e informamos del estado de intervención y resultados.

Finalizamos programa de intervención.

Anexo 4, registro pruebas de tóxicos y alcohol:

Día	Análisis de orina	Test de alcoholemia
22/04/2019	Negativo	Negativo
29/04/2019	Negativo	Negativo
6/05/2019	Negativo	Negativo

REFERENCIAS.

- American Psychiatric Association, (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Madrid: Panamericana.
- Babor, TF., Higgins-Biddle, JC., Saunders, JB., y Monteiro, MG. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. *Ginebra: OMS*. Recuperado de: https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Bellón JA., Delgado A., Luna J., y Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Attention Primaria*. 1996;18 (4):153-163.
- Chambless, D. L., y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52(1), 685-716. Recuperado de: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., y Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148.
- Elkin, I., Shea, MT., Watkins, JT., Imber, SD., Sotsky, S. M., Collins, J. F., y Fiester, SJ. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46 (11), 971-982. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/494730>
- Fava, GA, Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., y Belluardo, P. (1998). *Prevención de la depresión recurrente con terapia cognitiva conductual: hallazgos preliminares*. *Archivos de psiquiatría general*, 55 (9), 816-820. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/204267>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., y Grant, B. F. (2018). *Epidemiología del trastorno depresivo mayor DSM-V en adultos y sus especificadores en los Estados Unidos*. *JAMA psychiatry*, 75(4), 336-346.

Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2671413>

Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., y Trivedi, M. H. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-1470. Recuperado de: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200005183422001>

Labrador, F. J., Vallejo, M. Á., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, nº 84, 2003.

Larrañaga, J. L. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. In *Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de* (Vol. 10).

Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I., y Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Rev Neurol*, 61(8), 363-371.

Misol, R. C. (2002). Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Encuesta Nacional de salud España 2017*. Recuperado de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175

Organización Mundial de la Salud. (22 de marzo de 2018). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (2018), CIE-11. *Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*.

Pérez Álvarez, M., y García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3).

- Schulberg, HC, Katon, W., Simon, GE y Rush, AJ (1998). Tratamiento de la depresión mayor en la práctica de atención primaria: una actualización de la Agencia de Políticas de Atención de Salud y Pautas de Prácticas de Investigación. *Archivos de psiquiatría general*, 55 (12), 1121-1127. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/204553>
- Wampold, BE, Minami, T., Baskin, TW y Tierney, SC (2002). Un meta- (re) análisis de los efectos de la terapia cognitiva versus "otras terapias" para la depresión. *Diario de trastornos afectivos*, 68 (2-3), 159-165. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032700002871>

