

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: EFICACIA DE UN PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO GRUPAL A PACIENTES CON
ANSIEDAD / DEPRESIÓN EN ATENCIÓN
PRIMARIA.**



Alumno: Alcázar Artero, María Ester

Tutor: Berenguer Pérez, Miriam

**Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2021-2022**

TRABAJO FIN DE MÁSTER



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 03 de junio del 2022

Nombre del tutor/a	Miriam Berenguer Pérez
Nombre del alumno/a	María Ester Alcázar Artero
Tipo de actividad	3. Propuesta de intervención: En este supuesto el alumno propone una intervención (clínica o similar) que no se realiza. Tampoco accede a historias clínicas ni datos personales de ningún tipo
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO GRUPAL A PACIENTES CON DEPRESIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	220524213720
Código de Investigación Responsable	TFM.MPA.MBP.MEAA.220524
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO GRUPAL A PACIENTES CON DEPRESIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización de la presente actividad.

Atentamente,



Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación



Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de

TRABAJO FIN DE MÁSTER



prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>



1. ÍNDICE

2. Resumen	1
3. Pregunta de investigación (PICO)	1
4. Antecedentes de la investigación	1
1.1 Contextualización del problema	1
1.2 Marco teórico	3
1.2.1 Trastorno Mental Común (TMC).....	3
1.2.2 Factores y grupos de riesgo para el TMC.....	3
1.2.3 Programas de atención a la salud mental.....	4
1.2.4 Intervenciones desde AP para abordar los TMC.....	7
5. Justificación de la investigación	7
6. Hipótesis de investigación	8
7. Objetivos	9
8. Metodología.....	9
- Diseño y ámbito de estudio	9
- Población diana	9
- Criterios de inclusión y exclusión.....	10
- Método de muestreo.....	10
- Método de reclutamiento de participantes y recogida de datos.....	11
- Variables	13
- Intervención del estudio.....	14
- Seguimiento de la intervención	15
- Análisis estadístico.....	15
9. Aplicabilidad de los resultados	16
10. Búsqueda bibliográfica	17
11. Limitaciones del estudio	17
12. Ética de la investigación.....	18
13. Cronograma	19
14. Personal investigador	19
15. Instalación e instrumentación	20
16. Presupuesto del estudio	20
17. Bibliografía	21
18. Anexos.....	23

2. Resumen

Introducción: La ansiedad y la depresión son altamente prevalentes en la sociedad actual, generando un gran impacto en la calidad de vida de quien las sufre y elevando los costes sociosanitarios. Es un grave problema de salud pública, debido a que dos tercios de pacientes que consultan a Atención Primaria con problemas somáticos, enmascaran síntomas de ansiedad y/o depresión, por lo que se hace difícil reconocer y detectar la patología de base. Si sumamos la sobrecarga de trabajo, las limitaciones de tiempo y la falta de información sobre criterios diagnósticos, vemos necesaria la colaboración de especialistas en salud mental para brindar el mejor abordaje a estos pacientes.

Objetivo: Demostrar la eficacia de una intervención psicoeducativa para la disminución de la ansiedad y depresión en el ámbito de atención primaria en la región de Murcia.

Metodología: Se realizará un ensayo clínico aleatorizado controlado por conglomerados (clusters), con seguimiento a los 3 y 6 meses post-intervención. La muestra estará formada por población adulta diagnosticada de trastorno mental común, con o sin tratamiento farmacológico. El grupo experimental recibirá una intervención basada en psicoeducación sobre la patología y métodos de autoayuda, formada por 8 sesiones de 90 minutos, dos veces a la semana, conducida por enfermeras especialistas en salud mental. El grupo control recibirá el tratamiento habitual. Se valorarán las variables nivel de ansiedad/depresión (Escala de Godberg), satisfacción del usuario (SCQ-8) y fármacos asociados prescritos. Se analizarán los datos mediante análisis descriptivo univariante para variables cuantitativas y cualitativas, contraste de hipótesis, correlación entre variables, utilizando pruebas estadísticas apropiadas y considerando significativos los resultados con un valor alfa $p < 0.05$ e intervalo de confianza del 95%.

Palabras clave: Atención Primaria (Primary care), Depresión (Depression), Enfermera de Salud Mental (Mental health nurse) y Ansiedad (Anxiety)

3. Pregunta de investigación (PICO)

Pregunta PICO: ¿Mejoraría la atención a los pacientes de atención primaria (AP) con ansiedad/depresión, con la implantación de un protocolo psicoeducativo, llevado a cabo por la enfermera especialista en salud mental, frente al abordaje habitual de los equipos de AP, disminuyendo así, la sintomatología asociada, el consumo de psicofármacos y mejorando la satisfacción del paciente con la atención recibida por el sistema sanitario??

- **P**: Paciente con ansiedad y síntomas depresivos leves que consultan en AP.
- **I**: Programa psicoeducativo sobre ansiedad / depresión.
- **C**: Tratamiento habitual.
- **O**: Mejoría en la sintomatología, aumento en la satisfacción personal con la atención recibida y disminución de fármacos asociados.

4. Antecedentes de la investigación

1.1 Contextualización del problema

La enfermedad mental común (ansiedad/depresión) es un grave problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, impacto sobre la calidad de vida y los costos sanitarios y sociales que genera. En Europa, es la principal causa de enfermedad, por delante del cáncer o problemas cardiovasculares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, para el año 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad en los países desarrollados(1).

La prevalencia de los trastornos mentales en España, en población mayor de 15 años, se estimó en 2006 en un 15,8%. Esta cifra fue ligeramente inferior en Murcia (15,26%), siendo en mujeres (21,9%) muy superior a la de hombres (8,69%). El índice de riesgo de mala salud mental en la población adulta de Murcia es del 20,27% (25,33% en mujeres y 15,24% en hombres), 1,0 puntos inferior al índice de España, (Encuesta Nacional de Salud 2011-2012) INE, 2013.

La tasa de mortalidad por trastorno mental en Murcia, en 2016, fue de 27,78 por 100.000 habitantes (20,58% para hombres y 35,01% para mujeres)(2). En España, los datos del Ministerio de Sanidad muestran que desde 2005 el uso de fármacos sedantes e hipnóticos ha aumentado considerablemente en un 22,2%(1).

La mayoría de personas con algún diagnóstico mental leve como depresión, ansiedad, síntomas somáticos o de afrontamiento ineficaz, son tratadas con medicación en el propio centro de salud y no son derivadas a los servicios específicos de salud mental (SM).

Los trastornos afectivos (31%), somatomorfos (18%) y de ansiedad (19%) fueron los más frecuentes en los servicios de AP, apuntando como segunda patología crónica más prevalente la depresión (12%). Dos tercios de pacientes depresivos acuden a la consulta de AP con quejas somáticas, como cefaleas, dolor de estómago, astenia o insomnio, por lo que se dificulta reconocer y detectar la patología enmascarada. Sin valoración adecuada, se corre el riesgo de realizar análisis de laboratorio innecesarios, prescripción de fármacos erróneos y ser derivados a otros servicios especializados que no tienen nada que ver con su patología. Con todo ello, se favorece la cronicidad del cuadro ansioso / depresivo y por tanto la “medicalización del sufrimiento”. Hay datos que muestran que los médicos de cabecera (MAP) no detectan ni tratan entre el 50% y el 75% de los casos(3).

No podemos olvidar la pandemia del Covid-19, que ha causado importantes daños psicológicos a las personas. Los cambios emocionales inmediatos, más comunes, incluyen una mezcla de ansiedad y síntomas depresivos, sentimientos de tristeza y frustración. Los efectos tardíos incluyen duelo patológico, depresión, trastornos de adaptación, manifestaciones de estrés postraumático y abuso de alcohol u otras sustancias. Todo esto tiene que ver con la abrumadora necesidad de cuidados, tanto físicos como psicológicos de la población, la falta de información veraz por parte de los medios de comunicación y la incertidumbre socioeconómica futura. (4).

1.2 Marco teórico

1.2.1 Trastorno Mental Común (TMC)

Se entiende por trastorno mental común (TMC) a las enfermedades mentales más frecuentes en la comunidad, según la clasificación del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), como trastorno de ansiedad, episodio depresivo, patología neurótica con síntomas ansiosos y/o depresivos, síntomas somáticos o de adaptación ineficaz al medio, relacionados con el estrés de la vida diaria. La mayoría de las personas con ciertos tipos de trastorno mental común son tratadas con fármacos en atención primaria (AP) y no tienen derivaciones a servicios especializados de salud mental (SM)(1).

La depresión, sin síntomas psicóticos, es un trastorno mental común caracterizado por sentimientos persistentes de tristeza, pérdida de interés o placer (anhedonia), acompañada, a veces, por alteración del sueño o del apetito, culpa, baja autoestima, sensación de cansancio, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, agitación o inquietud física, enlentecimiento motor, desesperanza y pensamientos o comportamientos suicidas.

Una persona con depresión tiene dificultad significativa con el funcionamiento diario (por ejemplo, en casa, en la escuela o en el trabajo). Los episodios depresivos pueden ser duraderos o aparecer y desaparecer durante periodos de tiempo variables. Ésta difiere de los cambios de humor típicos y las reacciones emocionales, a corto plazo, a los desafíos de la vida cotidiana y puede conducir a pensamientos o ideas suicidas, llegando al acto si no se trata por especialistas (5).

1.2.2 Factores y grupos de riesgo para el TMC

Los factores de riesgo se clasifican según sexo, edad, factores genéticos y ambientales, acontecimientos vitales estresantes, factores biológicos y psicológicos, que cada persona de manera individual adquiere.

El perfil de riesgo para padecer depresión o sintomatología ansiosa, es ser mujer, de entre 18 y 44 años, tener un familiar de primer grado con depresión o sintomatología ansiosa, vivir un acontecimiento vital estresante como la muerte del conyugue o asumir el cuidado de una persona dependiente, acoso laboral, desempleo, exclusión social con dificultad para la adaptación cultural, vivir en una casa inadecuada o en un barrio muy violento junto con dificultades propias para afrontar los problemas de la vida diaria(6).

Entre los grupos de riesgo podemos encontrar a ancianos solitarios, inmigrantes procedentes de otros países con dificultades en la adaptación, pacientes con enfermedades crónicas, limitantes e invalidantes, población infanto-juvenil, personas en exclusión social y pobreza.

Para ello, se han creado programas e intervenciones desde atención primaria con el fin de evaluar, diagnosticar y abordar mejor la problemática psiquiátrica en la comunidad, los cuales se detallan a continuación.

1.2.3 Programas de atención a la salud mental

A nivel mundial, en el Plan de Acción Integral de SM 2013-2020 de la OMS, encontramos como objetivos principales el proporcionar a la comunidad estrategias de promoción y prevención de la salud mental, además de fortalecer la comunicación e información entre sistemas, mejorando así las investigaciones e intervenciones sanitarias de una manera eficaz.

Este plan establece que la prestación de servicios comunitarios de salud mental debe adoptar un enfoque orientado a la recuperación comunitaria. Los países de habla inglesa como Estados Unidos, Gran Bretaña, Austria, Nueva Zelanda y Escocia, han hecho de la recuperación un enfoque principal de los planes de salud mental durante años(1).

A nivel de comunidades autónomas, Murcia ofrece en su cartera de servicios de Atención Primaria, una amplia gama de actuaciones para abordar éstos problemas comunitarios.

En concreto, en colaboración con los servicios de SM, hay actividades de prevención y promoción, asesoramiento y apoyo para el mantenimiento de una buena salud mental en las distintas etapas del ciclo vital. Además, existen actividades de detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos de adaptación, ansiedad, depresión, detección de trastorno por consumo de sustancias adictivas, trastorno de conducta y patologías del niño y del adolescente (2).

Se han constituido grupos de trabajo, como la “Comisión Mixta Atención Primaria-Salud Mental” que trabajan en un modelo cooperativo, con consenso y desarrollo conjunto de procesos de actuación e incluso guías de práctica clínica para estos pacientes. Como resultado, han surgido varios materiales escritos, como la “Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos”(6).

Por otro lado, el “Plan estratégico 2019-2022, para el impulso y la mejora de la salud mental en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM)”, propone una serie de líneas estratégicas centradas en la mejora de la calidad asistencial desde los recursos comunitarios, la coordinación y comunicación, para establecer un modelo de colaboración entre entidades.

Dentro de los objetivos de este plan, se busca la optimización en la atención de los TMC para evitar la psicopatologización de los problemas diarios o también llamado “sanitarización del malestar”, la duplicidad de actividades y recursos, asegurando una excelente calidad asistencial (2).

También sabemos que hay varios estudios, (Woods et al.(7), Gillies et al. (8), Harkness et al. (9), Kendrick et al. (10), Reising et al.(11)), que evalúan la inclusión de profesionales especialistas en salud mental dentro de atención primaria (trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, psicólogos, enfermeras de salud mental), viéndose mejoras estadísticamente significativas en la atención global del paciente con problemas mentales comunes.

Países como Estados Unidos, Australia, Canadá, Alemania, Italia, Países Bajos y Reino Unido son ejemplos donde la figura de un profesional especializado en salud mental se ha incluido en el equipo de AP, realizándose estudios donde se evalúa el trabajo realizado in situ, mediante intervenciones psicosociales y de terapia

psicológica, en comparación con la atención habitual brindada por los médicos de Atención Primaria(1,7–10,12).

Fueron Woods et al. (7) los que realizaron una revisión sistemática de la bibliografía existente, para comprobar la relación costo-efectividad de incluir a un profesional especialista en los equipos de A.P. Los resultados no fueron estadísticamente significativos para dicha relación, pero sí se demostró que la satisfacción del paciente, con la intervención del mental health workers (MHW) dentro del equipo de AP, es significativamente mayor que la de la atención estándar del médico de cabecera.

Otra de las estrategias que se han estudiado para mejorar el abordaje de los TMC en AP es “el enlace de consulta” y “la atención colaborativa (CC)”. El enlace de consulta y/o CC son modelos de atención de salud mental muy similares, en los cuales, el MAP mantiene el papel central de la prestación de servicios junto con un especialista en salud mental(8,11).

Éste especialista, que puede ser psiquiatra, psicólogo, enfermero de salud mental o trabajador social, brinda apoyo consultivo, evalúa, trata a la persona con un trastorno mental y sirve de apoyo al MAP para abordar mejor los trastornos mentales, mejorar la comunicación entre servicios, aumentar el uso efectivo de los recursos, disminuyendo las derivaciones innecesarias a los dispositivos específicos de SM.

Se ha demostrado que el “enlace de consulta” mejora hasta en tres meses la sintomatología asociada, la satisfacción con la atención recibida y hasta en doce meses la adherencia al régimen terapéutico, especialmente en aquellos con depresión. También es más probable que los proveedores de atención primaria brinden un tratamiento adecuado y prescriban mejor el tratamiento farmacológico por hasta 12 meses (8).

1.2.4 Intervenciones desde AP para abordar los TMC

Existe bibliografía donde se puede observar las distintas intervenciones que se realizan desde atención primaria para el abordaje de los trastornos mentales comunes, específicamente a los pacientes con ansiedad y/o depresión(1,13–15).

Izaguirre-Riesgo et al. (1) realizaron un estudio para evaluar la efectividad de la implementación de un programa de intervención de Mindfulness y autocuidados (PAMAP), liderado por enfermeras de AP, en el manejo de los TMC. Al final de la intervención, la reducción de la farmacoterapia fue significativa en todos los periodos de seguimiento, con una reducción del 54% de la medicación basal y un 58% en la medicación de urgencia, a los 12 meses de evaluación ($p < 0,001$). Se evaluó la satisfacción con el programa, con una media de 8,99 sobre 10. Después de finalizar la intervención grupal, el 92% de los sujetos reportó experimentar menos síntomas de ansiedad o depresión, el 79% se sintió con más energía y el 78% refirió mayores niveles de actividad. Doce meses después de la intervención, la prescripción y el consumo de medicamentos disminuyeron notablemente, en paralelo a la adquisición de herramientas adaptativas.

Otro tipo de intervenciones son las dedicadas a mejorar la ansiedad y la depresión en procesos vitales estresantes como es el embarazo, parto y puerperio. Holt et al. (14), estudiaron una intervención basada en entrevistas motivacionales realizadas por matronas, constatando que la intervención, mejora la búsqueda de ayuda después del parto, en mujeres que experimentaron malestar emocional durante los 12 meses posteriores, en 4 veces más que las que no recibieron la intervención.

5. Justificación de la investigación

Como se ha expuesto anteriormente, existe una gran demanda y presión asistencial sobre atención primaria con pacientes que presentan TMC, generando elevadas cargas de trabajo para los profesionales, y como consecuencia éstos presentan dificultades en el abordaje que se ven reflejadas en las consultas de Atención Primaria(1–4,8).

En general, los principales obstáculos para el reconocimiento de los trastornos mentales comunes son la falta de información sobre los criterios de diagnóstico, la falta de conocimientos sobre las preguntas adecuadas para evaluar y las limitaciones de tiempo inherentes a un entorno clínico con sobrecarga de trabajo(3).

Por esta razón, es importante establecer sistemas que ayuden a los profesionales de atención primaria a identificar a las personas con problemas de salud mental en la primera consulta y poder brindarles las soluciones e intervenciones más adecuadas.

Pensamos que la inclusión de un profesional capacitado en la atención de personas con sintomatología ansiosa/depresiva, podría resultar de ayuda para mejorar la clínica, su calidad de vida, el pronóstico a largo plazo, y por tanto, creemos que la enfermera de salud mental, sería el profesional adecuado para llevar a cabo esta intervención. Hemos de decir que, actualmente no existe la figura del especialista en salud mental en el contexto de atención primaria, a pesar de las recomendaciones de la OMS.

Según la evidencia científica disponible(1,7-10,14), no hay consenso, de qué intervención es mejor que otra para el abordaje de estos pacientes y por otro lado se recomiendan más estudios experimentales, con el fin de demostrar la efectividad de la intervención por un especialista en salud mental en mejorar el abordaje de estos pacientes.

Por lo tanto, la intención de este trabajo es demostrar si la intervención de un grupo psicoeducativo dirigido a personas que padezcan ansiedad y/o depresión en atención primaria es mejor que la práctica habitual.

6. Hipótesis de investigación

Los pacientes con ansiedad y depresión, mejorarán tras la intervención, la sintomatología asociada a su patología.

También estos pacientes disminuirán el consumo de psicofármacos asociados.

Los pacientes del grupo intervención estarán más satisfechos que el grupo control.

7. Objetivos

8.1. Objetivo principal

Demostrar la eficacia de una intervención psicoeducativa para la disminución de la ansiedad y depresión en el ámbito de atención primaria en la región de Murcia.

8.2. Objetivos secundarios

- Determinar si la intervención tiene un impacto en el consumo de fármacos comparado con la práctica habitual.
- Determinar el grado de satisfacción en ambos grupos.

8. Metodología

- Diseño y ámbito de estudio

Se realizará un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados (clusters) pertenecientes al ámbito de atención primaria, concretamente, en los centros de salud que derivan pacientes al centro específico de salud mental Murcia-Infante (CSM Murcia-Infante).

- Población diana

La población a estudio son personas adultas de 18 a 65 años, que acuden a su centro de salud pertenecientes, en segundo nivel, al CSM Murcia-Infante, y son diagnosticados de trastorno mental común con sintomatología ansiosa y/o depresiva y a los que se les ha podido iniciar o no tratamiento farmacológico.

El CSM Murcia-Infante cuenta con una población derivada desde seis centros de atención primaria. Estos centros que derivan pacientes al CSM Murcia-Infante son: Infante Juan Manuel, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos y Llano de Brujas.

- Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:

- Pertenecer al grupo de edad de 18 a 65 años, con tratamiento farmacológico (o no) para ansiedad/depresión.
- Pertenecer a alguno de los 6 centros de salud del área VII de Murcia que derivan pacientes al CSM Murcia-Infante.
- Estar diagnosticado según la clasificación internacional de enfermedades (CIE10): Trastornos de adaptación (F43.2), Trastornos de ansiedad (F41), Trastornos somatomorfos (F45), Trastorno depresivo mayor (F32), Trastornos persistentes del estado de ánimo (F34).

- Criterios de Exclusión:

- Población terminal e infantil.
- Necesidad de derivación a atención especializada de salud mental.
- Alteraciones cognitivas significativas que impidan la realización del programa.
- Presentar trastorno mental grave.
- Presentar consumo activo o dependencia al alcohol y otras drogas.

- Método de muestreo

Considerando que la incidencia de la ansiedad/depresión en Murcia es del 12% (Encuesta nacional de salud ENSE, 2017), asumiendo que este valor sea semejante en nuestra población, y esperando reducir esta incidencia a un 6 %, con un nivel de significación de 0.05 y una potencia de 0.8, necesitaremos recoger 356 pacientes para el grupo experimental y 356 en el grupo control, siendo así representativa a toda la

población. Para este cálculo se ha usado una diferencia de proporciones, si usáramos el Riesgo Relativo (RR) serían 389 por cada grupo asumiendo un RR de 0,5. Datos calculados con el programa Epidat 4.2.

El tipo de muestreo se realizará por conglomerados a través de centros de salud en dos etapas. En la primera fase realizamos un muestreo de las zonas básicas de salud (centros de atención primaria) del ámbito territorial del área VII de Murcia. Posteriormente se escogerá por conveniencia el conglomerado CSM Murcia-Infante por la homogeneidad de la población atendida en cuanto a características sociodemográficas y clínicas.

Seguidamente, se realizará un muestreo aleatorio simple para elegir los dos centros de salud que participaran como grupo experimental y los cuatro restantes como grupo control. La proporción de grupo experimental y control es de 2:4.

De los 4 centros elegidos como grupo control, se seleccionará de manera aleatoria una muestra de 364 pacientes y de los 2 centros elegidos como grupo intervención se seleccionará el mismo número de pacientes. Los pacientes de cada grupo se seleccionaran proporcionalmente dentro de cada centro, dado que la población asignada/atendida es la misma.

- Método de reclutamiento de participantes y recogida de datos

La recogida de datos se realizará a través de la historia clínica de los pacientes, informatizada en el programa OMI-AP. El personal del equipo investigador realizará el reclutamiento de los participantes en una consulta programada, para poder ser incluidos en el estudio. Previamente se deberá valorar que reúnen los criterios de inclusión y exclusión, para ello se pasará la escala de Goldberg (Ver anexo I), confirmando que el paciente presenta un trastorno de ansiedad/depresión y, a su vez, no coexiste un patología psiquiátrica grave, pasando la escala HoNOS (Health of Nation Outcome Scale) (Ver anexo II).

Posteriormente para saber si estos quieren participar, se les informará del estudio y sus características a través de la hoja informativa (Ver anexo III). Si aceptan participar,

deberán autorizar voluntariamente a través del consentimiento informado (Ver anexo IV).

Se recogerán datos sociodemográficos, datos relacionados con el tratamiento farmacológico, situación sociofamiliar, económica y nivel estudios a través de un cuaderno de recogida de datos (CRD) creado para esta ocasión. (Ver anexo V).

En la primera y última sesión del grupo intervención y control, se recogerán datos de la Escala de Goldberg sobre el nivel de ansiedad/depresión que padecen al inicio y al final de la intervención, y del Cuestionario de Satisfacción del Cliente o Client Satisfaction Questionnaire-8. (Ver Anexo I-VI).

Los datos estarán enmascarados en el análisis estadístico para que quien analiza y gestiona la información, evitando así el conocimiento de la pertenencia de cada paciente a un grupo concreto.

La Escala de Goldberg es un cuestionario heteroadministrado a población general, con dos subescalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Cada subcategoría se estructuró en cuatro categorías primarias de detección para determinar la probabilidad de un trastorno mental, y un segundo grupo de cinco categorías se construyó solo si se recibía una retroalimentación positiva de cada pregunta de despistaje, siendo positivo dos respuestas afirmativas para la ansiedad y una o más para la depresión. Los umbrales de corte fueron mayores o iguales a cuatro para la escala de ansiedad, y mayores o iguales a dos para la escala de depresión(16). (Ver anexo I)

El Cuestionario de Satisfacción del Cliente o Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8), mide la satisfacción del cliente con los servicios generales de salud o específicos de salud mental. Este es un cuestionario autoadministrado que se compone de 8 ítems calificados en una escala tipo Likert, con umbrales específicos para cada ítem. La puntuación total varía de 8 a 32 y se obtiene sumando todos los ítems. Incluye las siguientes categorías: calidad del servicio, tipo de servicio, resultados y satisfacción general. Al final del cuestionario hay tres preguntas abiertas en las que el paciente

responderá detalladamente lo que más y lo que menos le ha gustado y lo que cambiaría para mejorar(17). (Ver Anexo VI)

La escala HoNOS (Health of Nation Outcome Scale), se diseñó para evaluar los diferentes problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental y ha demostrado ser una herramienta útil para medir el progreso, cambio o evolución, probable mejoría, deterioro o falta de tales cambios a largo plazo. Los ítems se valoran en relación a ser acontecidos en las dos semanas previas al cuestionario. La puntuación total indica la gravedad general y varía entre 0 y 48. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la gravedad del cuadro. Los subíndices que la componen, se centran en cuatro áreas de problemas:

1. Problemas de conducta: agresividad, autoagresión y adicción a sustancias.
2. Deterioro cognitivo: disfunción cognitiva y discapacidad física.
3. Problemas clínicos: depresión, alucinaciones, ideas delirantes y otros síntomas psicóticos.
4. Problemas sociales: relaciones sociales, funcionamiento general, problemas residenciales y ocupacionales(18). (Ver anexo II).

- Variables

Variable dependiente o de resultado: Mejora en la sintomatología de ansiedad y/o depresión tras la intervención, medida por el cuestionario de Goldberg (puntuación numérica, cuantitativa discreta)

Variable independiente: Recibir el programa psicoeducativo sobre ansiedad y depresión a personas que cumplan los criterios de inclusión.

Variables sociodemográficas y clínicas:

VARIABLE	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Satisfacción del usuario con la intervención recibida	Número (Puntuación global en el CSQ-8)	Cuantitativa Discreta

Fármacos ansiolíticos y antidepresivos consumidos por los participantes pre-post intervención	Número (Total de fármacos según prescripción médica, recogido en la Historia Clínica)	Cuantitativa Discreta
Edad	Nº	Cuantitativa continua
Sexo	Hombre - Mujer	Cualitativa nominal dicotómica
Estado civil	Casado, Divorciado, Viudo, Soltero	Cualitativa nominal
Nivel Educativo	Primaria, Secundaria, Técnico Medio, Técnico superior o Universitaria	Cualitativa nominal
Situación Laboral	Activo, en paro o estudiante	Cualitativa nominal
Antecedentes Familiares de Ansiedad / Depresión	Sí / No tengo otro familiar afectado	Cualitativa nominal dicotómica
Fumador	Fumador – Ex-fumador – No fumador	Cualitativa Nominal
Consumo de alcohol y otras drogas	Consumidor - No consumidor Ex - consumidor	Cualitativa Nominal

- Intervención del estudio

La intervención se compone de 4 fases, con 8 sesiones totales, distribuidas en cada fase correspondiente, de 90 minutos de duración cada una, dos veces a la semana y dirigidas por dos enfermeras de salud mental. Los grupos estarán formados de 15 a 20 participantes como máximo.

Distribución de cada Fase:

1ª Fase: Educación sanitaria sobre el trastorno de ansiedad/depresión, identificación de síntomas y pensamientos. Duración: 3 sesiones de 90 minutos. Primera recogida de datos con la Escala de Goldberg sobre el nivel de ansiedad/depresión y la CSQ-8 sobre la satisfacción percibida.

2ª Fase: Se enseñarán y trabajarán los diferentes métodos de autoayuda. Duración: 1 sesión de 90 minutos.

3ª Fase: Análisis de recursos para enfrentarnos a las situaciones estresantes del día a día. Se trabajaran técnicas de resolución de conflictos, técnicas de modificación del pensamiento y técnicas de relajación. Duración: 2 sesiones de 90 minutos.

Y la **4ª y última Fase:** Técnicas de modificación de conducta y adopción de un estilo de vida saludable. Duración: 2 sesiones de 90 minutos. En esta fase se realizará la segunda recogida de datos (Escala de Goldberg post-intervención y CSQ-8).

La estructura de las ocho sesiones se desarrollará en dos partes, la primera parte se centrará en la psicoeducación sobre el tema a desarrollar (30 minutos), y la segunda parte se centrará en la puesta en común del grupo acerca de las sensaciones, sentimientos, opiniones y dudas relacionadas con la sesión (60 minutos). Al final de cada sesión se les indicará a los pacientes unas tareas a realizar en casa para poner en práctica lo aprendido.

- Seguimiento de la intervención

El estudio realizará un seguimiento en los tres y seis meses posteriores a la intervención, en ambos grupos, para evaluar la sintomatología ansiosa y/o depresiva mediante la escala de Goldberg, la pauta farmacológica actual a través de la HC y la satisfacción en relación al sistema sanitario a través del Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

- Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevará a cabo por protocolo y por intención de tratar, para contrastar si las posibles pérdidas y/o abandonos tienen un impacto en el resultado final.

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo, donde se resumirán las variables numéricas por media, desviación típica, mediana, mínimo y máximo, y las variables cualitativas con frecuencia y porcentaje.

Luego, en el análisis bivariado, para el contraste de hipótesis en variables continuas entre los dos grupos, evaluaremos la normalidad de la muestra mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff y las demás condiciones de homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene. En base a los resultados, se aplicaría la prueba *t* de Student para la diferencia de medias o la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney.

Para la comparación de variables cualitativas, aplicaremos el test de Chi-Cuadrado y la prueba exacta de Fisher, si es necesario. La magnitud de asociación entre las variables cualitativas se determinará analizando los residuos tipificados corregidos.

Para estudiar la relación entre dos variables continuas, realizaremos un estudio de correlación calculando el coeficiente de correlación de Pearson. Si son categóricas ordinales se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman.

Además, como medida de asociación e impacto, se calcula el riesgo relativo y la fracción evitable con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Para estudiar los efectos de las posibles variables de confusión se realizará un análisis multivariante utilizando modelos de regresión logística, análisis de la varianza de medidas repetidas en ambos grupos y supervivencia, este último con comparación de curvas de Kaplan-Meier mediante la prueba de Log-Rank.

En todos los análisis se tendrá en cuenta un nivel de significación de 0,05. Los análisis estadísticos se realizarán con el programa SPSS Statistics v25.

9. Aplicabilidad de los resultados

La puesta en marcha de este proyecto, contribuiría a tener datos actuales y poder realizar un diagnóstico de parte de la comunidad, relacionado con los trastornos mentales comunes que se dan en atención primaria de la región de Murcia.

Creemos que sería bien recibida por los participantes, sus familias y la comunidad en sí, además de por los propios trabajadores de los centros de salud, que recibirán apoyo y formación sobre el abordaje óptimo de estos pacientes.

Los resultados obtenidos podrán ser utilizados por y para la comunidad, ya que aportarán datos actuales sobre esta práctica tan habitual entre los profesionales sanitarios, y así, contribuir al desarrollo de nuevas líneas - métodos de investigación para la mejora de la atención sanitaria y la calidad de vida de las personas con ansiedad y/o depresión.

10. Búsqueda bibliográfica

Para el desarrollo del presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, como son: Medline, Biblioteca Chocrane, Dialnet, Cuiden y Scielo. Se empleó como estrategia de búsqueda principal: (Primari care [Mesh]) AND (Depression [Mesh]) AND (Mental health nurse [Mesh]); (Primari care [Mesh]) AND (Anxiety [Mesh]) AND (Mental health nurse [Mesh]).

Se realizaron búsquedas de artículos entre febrero y abril de 2022. Para realizar la búsqueda exploratoria, se utilizaron los descriptores del Medical Subject Headings (MeSH) en la base de datos de PubMed. También se efectuó una búsqueda inversa, con recuperación secundaria, mediante análisis bibliográfico de los artículos encontrados y de otras revisiones consideradas de interés para la revisión exploratoria. Asimismo, se referenciaron webs especializadas en salud mental y atención primaria, como la página web de Murciasalud, sección de Salud Mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la revista sobre atención primaria.

11. Limitaciones del estudio

Una limitación que encontramos en el estudio es la posible contaminación entre participantes que pertenezcan a un mismo centro de salud. Con el diseño del estudio por conglomerados (centros de salud) reducimos el riesgo de contaminación debido a que todo el centro de salud actúa como grupo intervención o control.

Tratar a un grupo específico y que los voluntarios sepan a qué grupo se les ha asignado la intervención puede aumentar el riesgo de inclusión selectiva de los

participantes a un mismo grupo. Para disminuir éste riesgo, se enmascarará al analista de los datos posteriores a la investigación.

De manera similar, el sesgo de aprendizaje se puede encontrar cuando la misma medida se aplica repetidamente, en nuestro caso los instrumentos o escalas de valoración. Esta limitación se puede mitigar con un retraso de 6 meses entre una medición y otra.

Por otro lado, también puede ocurrir el efecto Hawthorne, es decir, los participantes conocen el objetivo del estudio, por lo que es posible que tanto los sujetos del grupo experimental como los del grupo control estén más interesados en el estudio.

Finalmente, la falta de cooperación, compromiso o motivación podría ser una limitación y dar lugar a la retirada antes de finalizar el estudio, pero para ello se realizará un análisis por protocolo y por intención de tratar.

12. Ética de la investigación

En primer lugar, se comunicará la realización del estudio a la Dirección gerente de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud, y se solicitará la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.

Con el principio de autonomía del participante, se emitirá el consentimiento informado (Anexo IV) para que los sujetos decidan voluntariamente si participar o no en el estudio. Los participantes también recibirán una explicación verbal y escrita del objetivo del estudio y lo que incluirá (Anexo III).

De acuerdo con los principios de Justicia, los participantes serán seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión señalados anteriormente. Además se establece que ninguna persona que decida participar en el estudio recibirá un trato de favor, ni se perjudicará a nadie por su negativa a participar o abandono.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), todos los sujetos de la investigación serán

confidenciales. Además, es importante destacar que el estudio será independiente del tratamiento habitual de los participantes y que éstos podrán retirarse voluntariamente del ensayo en cualquier momento.

Por último, si se confirma la efectividad del programa, cuando finalice el estudio, los sujetos del grupo de control tendrán la oportunidad de beneficiarse de la intervención proporcionada a los participantes del grupo experimental.

13. Cronograma

ACTIVIDAD	MESES DEL AÑO 2022											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración del proyecto	■	■	■	■	■	■	■					
Aprobación comité de Ética investigador.								■	■			
Presentación a los distintos centros de salud de AP y autorización para realizarlo										■	■	
Selección de la muestra: reclutamiento.										■	■	■
ACTIVIDAD	MESES DEL AÑO 2023											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Realización de la intervención 356 pacientes en cada grupo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Análisis y gestión de los datos								■	■	■	■	
Desarrollo de resultados y conclusiones											■	■
Elaboración de informes y publicación del proyecto												■

14. Personal investigador

La enfermera de salud mental será la investigadora principal, y será la encargada de llevar a cabo la intervención junto a otra compañera, también especialista, de

confianza. De manera colaborativa, el médico/a de atención primaria y las enfermeras/os de los propios centro de salud, realizarán actividades de reclutamiento y formarán parte de la recogida de datos. Estos serán formados en los aspectos comunes del proyecto evitando sesgos de información y/o transmitir datos erróneos. Se contará con un equipo de profesionales para la explotación de los datos a través de los técnicos de salud del área VII de la Región de Murcia.

15. Instalación e instrumentación

Para realizar este proyecto, se necesita una sala de reuniones, la cual estará ubicada en el centro de salud donde se realizará la intervención. También material inventariable como un ordenador con proyector para diapositivas, disco duro externo para guardar la información, sillas y esterillas para relajación de los participantes y material de oficina, como folios, bolígrafos y carpetas, así como el cuaderno de recogida de datos en formato papel o documento online (CRD). Todo este material e instalaciones ya se dispone, a excepción de aquello que se solicita en el apartado de presupuesto de material fungible e inventariable y publicación de los resultados.

16. Presupuesto del estudio

La financiación del proyecto se solicitará al colegio de enfermería de la región de Murcia y éste, se realizará dentro la misma institución del área VII de Murcia.

Presupuesto económico	Subtotal
Material fungible e inventariable	
- Fotocopias de los cuestionarios	
- Esterillas	650€
- Disco duro externo	
Difusión de resultados	
- Gastos de publicación (2 artículos)	2000€
- Viajes y Congresos (Congreso nacional de enfermeras de salud mental (AEESME) y congreso nacional de la semFYC)	2500€
TOTAL	5150€

17. Bibliografía

1. Izaguirre-Riesgo A, Menéndez-González L, Alonso Pérez F. Efectividad de un programa de enfermería en autocuidados y mindfulness, para el abordaje del trastorno mental común, en atención primaria. *Aten Primaria*. junio de 2020;52(6):400-9.
2. De-Concepción-Salesa MA, Hurtado-López AM, Martínez-Serrano J, Ortiz-Martínez A. Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/7215/Programa.de.Accion.p.4.28307.0.pdf?sequence=1>
3. Tejada PA, Jaramillo LE, Sánchez-Pedraza R. Critical revision of Mental health Assessment Tools in Primary Care. *Rev Fac Med*. enero de 2014;62(1):101-10.
4. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón García JL. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Aten Primaria*. 1 de noviembre de 2020;52:93-113.
5. World Health Organization and Columbia University. Group interpersonal therapy (IPT) for depression [Internet]. 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250219/WHO-MSD-MER-16.4-eng.pdf>
6. Murcia C de SR de. Murciasalud. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos [Internet]. [citado 2 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=873&idsec=88
7. Woods JB, Greenfield G, Majeed A, Hayhoe B. Clinical effectiveness and cost effectiveness of individual mental health workers colocated within primary care practices: a systematic literature review. *BMJ Open*. diciembre de 2020;10(12):e042052.
8. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [citado 2 de junio de 2022];(9). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007193.pub2/full>
9. Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [citado 2 de junio de 2022];(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000532.pub2/full>
10. Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, et al. A trial of problem-solving by community mental health nurses. :118.

11. Reising V, Diegel-Vacek L, Dadabo MSW L, Corbridge S. Collaborative Care: Integrating Behavioral Health Into the Primary Care Setting. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 25 de agosto de 2021;10783903211041652.
12. Parker EL, Banfield M, Fassnacht DB, Hatfield T, Kyrios M. Contemporary treatment of anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis of outcomes in countries with universal healthcare. *BMC Fam Pract.* 15 de mayo de 2021;22(1):92.
13. Forsyth A, Deane FP, Williams P. A lifestyle intervention for primary care patients with depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Psychiatry Res.* 15 de diciembre de 2015;230(2):537-44.
14. Holt C, Milgrom J, Gemmill AW. Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing. *Arch Womens Ment Health.* 1 de diciembre de 2017;20(6):791-801.
15. Trombka M, Creedon TB, Demarzo M, Cuoco LT, Smith L, Oxnard AC, et al. Mindfulness Training for Primary Care for Portuguese-Speaking Immigrants: A Pilot Study. *Front Psychiatry [Internet].* 2021 [citado 2 de junio de 2022];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2021.664381>
16. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ.* 8 de octubre de 1988;297(6653):897-9.
17. De la Higuera Romero J, Fernández García M del C, Anguita Duarte F, Medina Pérez Á, Bueno Heredia A, Ortega Aguilar MV, et al. "Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco". [Internet]. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Anexo_3-3_CSQ.pdf
18. De la Higuera Romero J, Fernández García M del C, Anguita Duarte F, Medina Pérez Á, Bueno Heredia A, Ortega Aguilar MV, et al. "Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco". [Internet]. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Anexo_3-6_HONOS.pdf

18. Anexos

ANEXO I: CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		
PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)		

Anexo II: ESCALA DE EVOLUCIÓN HoNOS - HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES.

- Escala completa disponible en: [Microsoft Word - Anexo 3-6 HONOS.doc \(juntadeandalucia.es\)](#)

Nombre:	Historia:
Evaluador/a:	Fecha:

ESCALA HoNOS: PERFIL DE RESPUESTAS

A. Problemas conductuales	0	1	2	3	4	
1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada						
2. Autolesiones no accidentales						
3. Consumo problemático de actitud o drogas						
Puntuación (rango 0-12)						TOTAL A:
B. Deterioro	0	1	2	3	4	
4. Problemas cognitivos						
5. Problemas con enfermedad física o discapacidad						
Puntuación (rango 0-8)						
C. Problemas clínicos	0	1	2	3	4	
6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones						
7. Problemas en relación con el humor depresivo						
8. Otros problemas mentales o conductuales.						
Especificar el tipo de trastorno: A-Fóbico; B-Ansiedad; C- Obsesivo compulsivo; D- Sobrecarga mental y tensión; E-Disociativo; F-Somatoforme; G-Alimentación; H-sueño; I-sexual; J-Otros.						
Puntuación (rango 0-12)						TOTAL C:
D. Problemas sociales	0	1	2	3	4	
9. Problemas con las relaciones						
10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana						
11. Problemas con las condiciones de vida						
12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades						
Puntuación (rango 0-16)						TOTAL D:
Puntuación Total (rango 0-48)						

0=sin problema; 1=problema menor que no requiere intervención; 2=problema leve pero claramente presente; 3= problema de moderada gravedad; 4= problema grave o muy grave; 9=sin valor o desconocido (no sumar en totales).

ANEXO III: HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Eficacia de un programa psicoeducativo grupal a pacientes con ansiedad / depresión de atención primaria.

Investigador principal: María Ester Alcázar Artero, enfermera especialista en salud mental.

Centro: Hospital Universitario Santa Lucía- Cartagena

Este documento tiene por objetivo ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se invita a participar a personas que reciban servicios en sus centros de salud correspondientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Murcia.

Si deciden participar en el estudio, recibirá toda la información que desee y corresponda, y deberá leer previamente el consiguiente documento y plantear todas las dudas y preguntas que le surjan con el fin de comprender todos los detalles sobre el mismo. La participación en este estudio es voluntaria y anónima. Puede decidir no participar o abandonar la investigación en el momento en que considere.

¿CUÁL ES LA FINALIDAD DEL ESTUDIO?

La finalidad de este estudio es poder explorar si la intervención grupal psicoeducativa sobre ansiedad y depresión, mejora los síntomas asociados a los pacientes que la padecen, disminuyen el consumo de psicofármacos y aumentan la satisfacción percibida por la atención sanitaria recibida.

¿POR QUÉ ME OFRECEN PARTICIPAR?

Se le ha escogido debido a que se encuentra en una situación de ansiedad y/ o depresión diagnosticada por su médico de atención primaria, y creemos que padece un gran sufrimiento emocional por ello.

¿EN QUÉ CONSISTE MI PARTICIPACIÓN?

Su participación consiste en la inclusión a un programa psicoeducativo sobre ansiedad/depresión que consiste en 8 sesiones semanales de 90 minutos de duración cada una. En él podrá aprender qué es la ansiedad y la depresión, otras patologías asociadas y cómo poder abordarlas desde su autocuidado para mejorar en sus síntomas y su calidad de vida. Para ello, se pasarán tres cuestionarios distintos, antes y al finalizar las sesiones, además de realizar un seguimiento a los 3 y 6 meses posteriores, para comprobar su evolución en torno a la sintomatología, la toma de medicación y su satisfacción con la atención recibida.

¿QUÉ RIESGOS TIENE MI PARTICIPACIÓN?

Durante las sesiones, se pueden rememorar sucesos dolorosos que les han llevado a estar en la situación de ansiedad/depresión actual. También es importante que sepa, que no existe un riesgo principal asociado, ya que se trata de un estudio sin experimentación con fármacos o técnicas invasivas.

¿OBTENDRÉ ALGÚN BENEFICIO POR PARTICIPAR?

Se espera que, una vez finalizada la investigación, la evolución que ha tenido en lo que respecta a la sintomatología ansiosa y/o depresiva haya disminuido por la adquisición de nuevas estrategias conductuales y éstas se mantengan en el tiempo Participando en dicho estudio, usted puede ayudar a la obtención de información actualizada sobre el abordaje óptimo de la ansiedad y/o depresión en atención primaria, incidiendo en las futuras posibles mejoras en la atención de la comunidad.

¿RECIBIRÉ LA INFORMACIÓN OBTENIDA DEL ESTUDIO?

Si lo solicita, se le aportará un documento con los resultados y conclusiones obtenidas del estudio.

¿SE PUBLICARÁN LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO?

Los resultados se publicarán en la página web del servicio murciano de salud y en diferentes revistas científicas y congresos, pero con los datos de los participantes anonimizados y codificados.

¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS?

La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de los datos se hará conforme al dispuesto “Reglamento General (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos” y la “Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales”. Solamente el equipo investigador, que tiene la obligación de guardar la confidencialidad, tendrá acceso a los datos recogidos. Se puede transmitir a terceras personas información que no pueda ser identificada. En el caso de que se transmita información a otros países, se realizará la transmisión con un nivel de datos equivalente al exigido por la normativa española y europea, como mínimo.

Al finalizar el estudio, se garantiza que los datos recogidos serán eliminados o guardados de forma anónima, para poder ser utilizados en futuras investigaciones, dependiendo de lo que cada participante decida escoger en la hoja de consentimiento informado.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO?

Puede contactar con el investigador a través del teléfono 689362928 o mediante el correo electrónico esteralcazar.saludmental@gmail.com.

Muchas gracias por su colaboración



ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

Título del Proyecto: EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO GRUPAL A PACIENTES CON ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Investigador Principal: M^a ESTER ALCÁZAR ARTERO

Yo,

(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicadosobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

SÍ NO (marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:



Firma del participante

Firma del investigador

Fecha ___/___/___

María Ester Alcázar Artero



APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Fecha y firma de la revocación: _____

ANEXO V: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

GRUPO PSICOEDUCATIVO SOBRE ANSIEDAD/DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Numero identificación: _____

Fecha: __/__/__

DATOS DEMOGRÁFICOS BÁSICOS:

Pertenece al Centro de Salud:

Infante Juan Manuel	Beniaján
Beniel	Puente Tocinos
Llano de Brujas	Alquerías

Edad: _____ años

SEXO	MUJER	HOMBRE		
SITUACIÓN LABORAL	ACTIVO	EN PARO	ESTUDIANTE	
ESTADO CIVIL	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	SOLTERO
FUMADOR	SI	NO	EXFUMADOR	
CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS	SI	NO	EXCONSUMIDOR	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN	NO		SI, INDICAR EL GRADO DE PARENTESCO _____	

NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	SECUNDARIA	TECNICO MEDIO	TÉCNICO SUPERIOR	UNIVERSITARIA	
TOMA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		NO	SI, INDICAR NOMBRE DEL FÁRMACO/OS ----- ----- -----			
DIAGNÓGNOSTICO SEGÚN EL CIE-10		-TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN (F43.2) ----- - TRASTORNOS DE ANSIEDAD (F41) ----- - TRASTORNOS SOMATOMORFOS (F45) -----				
PUNTUACIÓN CUESTIONARIO GOLDBERG ANSIEDAD / DEPRESIÓN		INICIAL A) D) TOTAL:	PRE A) D) TOTAL:	POST A) D) TOTAL:	3 MESES A) D) TOTAL:	6 MESES A) D) TOTAL:
PUNTUACIÓN CUESTIONARIO CSQ-8		PRE-INTERVENCIÓN			POST- INTERVENCIÓN	
PUNTUACIÓN ESCALA HoNOS (INICIO)		A)	B)	C)	D)	TOTAL:
¿CREE ÚSTED QUE DESPUES DE HABER PARTICIPADO, HA MEJORADO SU MALESTAR EMOCIONAL?		Esta pregunta se pasará a todos los participantes después de la intervención en ambos grupos. SI / NO				

**ANEXO VI: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE - CLIENT
SATISFACTION QUESTIONNAIRE (CSQ-8).**

Por favor para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

Por favor señale primero su tipo de vinculación con el programa

Usuario/a directo/a Familiar

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3.- ¿Hasta qué punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No , creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Si me ayudaron mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy Insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

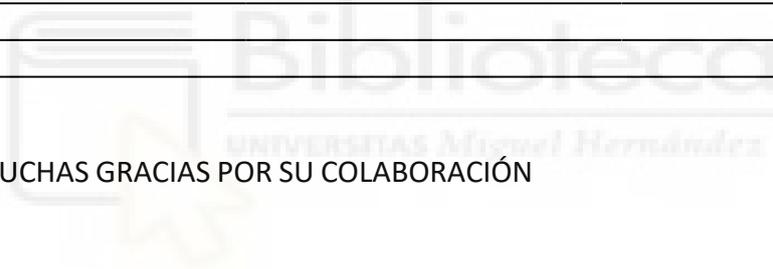
4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

Creo que se tendría que mejorar:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



ANEXO VII: GRUPO PSICOEDUCATIVO ANSIEDAD / DEPRESIÓN

1ª FASE: PSICOEDUCACIÓN SOBRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN		
Antes de la primera sesión se pasará el cuestionario de Goldberg, la escala HoNOS, la escala CSQ-8 y el cuaderno de recogida de datos sociodemográficos	Sesión 1: ¿Qué es la ansiedad?. Signos y síntomas físicos y psicológicos	
	Sesión 2: ¿Qué es la depresión?. Signos y síntomas físicos y psicológicos	
	<table border="0"> <tr> <td>Sesión 3: Psicoeducación sobre trastornos que incluyen síntomas ansiosos y/o depresivos</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Distimia - Trastornos adaptativos - Trastornos somatomorfos - Síndrome ansioso / depresivo </td> </tr> </table>	Sesión 3: Psicoeducación sobre trastornos que incluyen síntomas ansiosos y/o depresivos
Sesión 3: Psicoeducación sobre trastornos que incluyen síntomas ansiosos y/o depresivos	<ul style="list-style-type: none"> - Distimia - Trastornos adaptativos - Trastornos somatomorfos - Síndrome ansioso / depresivo 	
2ª FASE: MÉTODOS DE AUTOAYUDA		
	<p>Sesión 1: Psicoeducación sobre autocuidado, conciencia de enfermedad Psicoeducación sobre tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento</p>	
3ª FASE: RECURSOS PERSONALES PARA SITUACIONES CRÍTICAS		
	<p>Sesión 1: Tipos de comunicación: Pasiva, Asertiva, Agresiva Técnicas de relajación: "Respiración consciente" Técnicas de resolución de problemas</p>	
	<p>Sesión 2: Técnicas de modificación de pensamientos negativos Técnicas de meditación o "Mindfulness"</p>	
4ª FASE: MODIFICACIÓN DE CONDUCTA		
Tras la última sesión se pasará la escala de Goldberg y la SCQ-8.	Sesión 1: Psicoeducación sobre alimentación saludable, higiene del sueño, ejercicio y ocio	
	Sesión 2: Autoimagen y Autoestima, pensamiento positivo	