



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2019

**EFICACIA COMPARATIVA DE UN PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE VS UN
PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS APLICADOS POR
MEDIO DE TICs EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Yolanda Elvira Román Ruiz del Moral



Universitat
de les Illes Balears

TESI DOCTORAL
2019

**Programa de Doctorat en Investigació Translacional en Salut
Pública i Malalties d'Alta Prevalença**

**EFICACIA COMPARATIVA DE UN PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE VS UN
PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS APLICADOS POR
MEDIO DE TICs EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Yolanda Elvira Román Ruiz del Moral

Director/a: Mauro García Toro

Director/a: Margalida Gili Planas

Co Director: Javier García Campayo

Tutor/a: M. Julia García Fuster

Doctora per la Universitat de les Illes Balears

Fdo: Yolanda E. Román

Fdo: Margalida Gili

Fdo: Mauro García Toro

Fdo: Javier García Campayo

Fdo: María Julia García Fuster

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

A la Dra. Gili Planas, al Dr. García Campayo y al Dr. García Toro por darme la oportunidad de poder desarrollar este trabajo de tesis doctoral.

A Rocío, por alumbrarme en este camino, compartiendo su experiencia y conocimientos.

A toda mi familia, desde mis padres por transmitirme a lo largo de la vida, la fuerza, determinación y motivación necesarias, hasta mis hijos, mis tres tesoros, por recordarme en cada momento lo que es la Atención Plena.

A todas y cada una de las personas que he tenido la oportunidad de tratar a lo largo de mi recorrido profesional, especialmente a aquellos que finalmente han podido evidenciar los beneficios de las intervenciones referidas en este trabajo, ayudándome y motivándome con ello a continuar con la investigación.

ABREVIATURAS EMPLEADAS

ADT: Antidepresivos Tricíclicos

AP: Atención Primaria

APA: American Psychiatric Association

ASIR: Antagonistas de los receptores Serotoninérgicos 5-HT₂ e Inhibidores débiles de la Recaptación de 5-HT

BA: Brief Advice

BDI: Beck Depression Inventory

BDNF: Brain-Derived Neurotrophic Factor

BMJ British Medical Journal

CAMS-R: Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised

CANMAT: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

CATCH-IT Competent Adulthood Transition with Cognitive Behavioral Humanistic and Interpersonal Training

CEIC: Comité de Ética de Investigación Clínica

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CHIME: Comprehensive Inventory of Mindfulness Experience

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición

CSG: Complete Self-Guide.

DHA: Ácido Docosahexaenoico

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5^a edición.

DTA: Ácido Docosatetranoico

EMI: Intervención Momentánea Ecológica

EPA: Ácido Eicosapentaenoico

EQ: Experiences Questionnaire

EuroQol: Cuestionario de calidad de vida

FFMQ: Five Facet mindfulness Questionnaire

FMI: Freiburg Mindfulness Inventory

GHQ: Goldberg Health Questionnaire

GPC: Guía de Práctica Clínica

HAMD: Hamilton Depression Rating Scale

HE: Health Education.

iCBT: Internet-based cognitive-behavioral training program

IMAO: Inhibidores de la Monoamino-Oxidasa

IMI: Internet Mobile Intervention

iMIND: Internet-based mindfulness training program

IMMI: Internet Mindfulness Meditation Intervention

IRDN: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Dopamina y Noradrenalina

IRNA: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina

IRSN: Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina y Serotonina

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

ITAU: Improvement Treatment As Usual

KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills

LITG: Low Intensity Therapy Guide.

MAAS: Mindfulness Attention Awareness Scale

mADM Mantenace antidepressive

MBCT Mindfulness Based Cognitive Therapy

MBEC: Mindfulness- Based Elder Care

MBRP: Mindfulness-Based Relapse Prevention for addictive behaviors

MetS: Síndrome metabólico

MHC-SF: Mental Health Continuum-Short Form

MI: Motivational Interview

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

MINI: Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional
NASSA: Antagonistas Selectivos de Serotonina y Noradrenalina
NAS: Non-attachment Scale
NICE: The National Institute for Health and Care Excellence
OMS: Organización Mundial de la Salud.
PANAS: Positive and Negative Affects Schedule
PHQ: Patient Health Questionnaire
PHLMS: Philadelphia Mindfulness Scale
PST: Problem Solving Therapy
PUFA: Polyunsaturated Fatty Acids
SCID: Structured Clinical Interview for DSM
SMQ: Southampton Mindfulness Questionnaire
SF-12: Cuestionario sobre el Estado de Salud, Short Form
TAU: Treatment As Usual
TCC: Terapia cognitivo-conductual
TCC-C: Terapia Cognitivo-Conductual Computarizada
TMS: Toronto Mindfulness Scale
VAS: Visual Analogic Scale
WHO-5: Well-being Index
WL: Waiting-list

Resumen en castellano

EFICACIA COMPARATIVA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE VS UN PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS APLICADOS POR MEDIO DE TICs EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANTECEDENTES: La depresión se considera un problema de salud pública mundial, dada su prevalencia, la discapacidad que genera, así como la elevada comorbilidad tanto médica como psiquiátrica. Los fármacos antidepresivos no siempre son eficaces, existiendo otro tipo de intervenciones psicoterapéuticas de demostrada utilidad que con frecuencia no pueden ofrecerse por falta recursos. Hoy en día, disponemos de tecnologías de la información y comunicación (TICs) que permiten una gran accesibilidad, encontrando programas basados en TICs de Mindfulness y Estilo de Vida, utilizados de forma coadyuvante a los tratamientos antidepresivos habituales de primera elección, que también han demostrado su eficacia antidepresiva. Es de gran interés clínico saber cuál de estos programas es más eficaz en condiciones de práctica clínica habitual.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia comparativa en Atención Primaria de dos intervenciones de baja intensidad, como son estilo de vida saludable y mindfulness, aplicadas a través de TICs que han mostrado previamente mejoras significativas en el tratamiento de la depresión leve y moderada en contextos clínicos especializados.

MÉTODO: Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado en 2 grupos paralelos. Se estudió a una muestra de pacientes con depresión leve a moderada reclutados en Atención Primaria. Se le asignó aleatoriamente a un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable + Tratamiento Habitual mejorado (Improved Treatment As Usual, ITAU) o programa basado en Mindfulness + ITAU. El formato de las intervenciones fue de 1 sesión presencial y 4 módulos online. El diagnóstico de depresión se realizó con la entrevista psiquiátrica MINI. También se administró el PANAS, (escala de afecto Positivo y Negativo), EuroQol (calidad de vida) y SF-12 Health Survey (estado de salud percibido). Los pacientes fueron evaluados en el momento basal, post, a los 6 y 12 meses post-tratamiento.

RESULTADO: Fueron reclutados 108 pacientes. Se asignaron de forma aleatoria 54 pacientes (50% de la muestra) al grupo de estilo de vida y 54 al grupo de Mindfulness (50%). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la puntuación de la escala PHQ-9 tras concluir el estudio, ni transcurridos 6 y 12 meses. Cuando se tuvo en cuenta el punto de corte de dicha escala para considerar remisión o no de la depresión, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas, aunque se apuntaba una tendencia hacia mayor probabilidad de remisión al final del estudio en el grupo de Mindfulness. Además, se observó que los pacientes que remitían acababan con mejor puntuación en la escala FFMQ de Mindfulness.

DISCUSION: Ambos programas resultan ser igualmente eficaces. No obstante, hay un porcentaje de remisiones de más del 40% en Depresión Mayor a los 12 meses de la rama Mindfulness, frente al 27% en el grupo de estilo de vida. Además, el estudio de los incrementos de las subescalas de la FFMQ también sugiere que la eficacia de la intervención basada en Mindfulness se podría mantener mejor en el tiempo.

CONCLUSIONES: Ambos programas resultaron ser igualmente eficaces como coadyuvantes en el tratamiento de la Depresión Mayor en Atención Primaria. Sería interesante seguir avanzando en la investigación encaminada a la disponibilidad de ambos programas para los pacientes en función de sus preferencias.

Resumen en inglés

COMPARATIVE EFFICACY OF A HEALTHY LIFESTYLE PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM VS A PROGRAM BASED ON MINDFULNESS APPLIED THROUGH ICTs FOR THE TREATMENT OF DEPRESSION IN PRIMARY CARE

BACKGROUND: Depression is considered a global public health problem, given its prevalence, the disability it generates, as well as the high comorbidity, both medical and psychiatric. Antidepressants are not always effective, there being other types of psychotherapeutic interventions that cannot be offered due to lack of resources. Nowadays, we have information and communication technologies (ICTs), finding programs based on ICTs of Mindfulness and Lifestyle, used codayuvant to the usual antidepressant treatments of first choice, which have proven their antidepressant efficacy. It is of great clinical interest to know if one of these programs is more effective than the other.

OBJECTIVE: To evaluate the comparative efficacy in primary care of two low intensity interventions, such as healthy lifestyle and Mindfulness, applied through ICTs that have previously shown significant improvements in the treatment of mild and moderate depression in specialized clinical contexts.

METHOD: Randomized multicentre clinical trial in 2 parallel groups. We studied a sample of N = 108 patients with mild to moderate depression recruited in Primary Care. They were randomly assigned to a psychoeducational program of healthy lifestyle + Improved Treatment As Usual (ITAU) or program based on Mindfulness + ITAU. The format of the interventions was 1 face-to-face session and 4 online modules. The diagnosis of depression was made with the MINI psychiatric interview. The main result variable was the score in the PHQ-9, taking into consideration the remission or not of the depression based on the cut-off point of said scale (> 10). PANAS was also administered, (Positive and Negative affect scale), EuroQol (quality of life) and SF-12 Health Survey (perceived health status). The patients were evaluated at baseline, post, at 6 and 12 months post-treatment.

RESULT: 108 patients were recruited. Fifty-four patients (50% of the sample) were randomly assigned to the lifestyle group and 54 to the Mindfulness group (50%). We include only those who accessed the program and completed the questionnaires; 47 and 46 participants respectively (86.11% of the total). After finishing treatment, they continued in study 76 (70.37%). At 6 months there were 62 (57.40%), with the study concluding at 12 months 61 participants (56.48%). No statistically significant differences were found between the two groups in the score of the PHQ-9 scale after concluding the study, neither after 6 and 12 months. When the cut-off point of this scale was taken into account to consider remission or not of depression, we did not find statistically significant differences either, although a tendency towards a higher remission probability was indicated at the end of the study in the Mindfulness group. In addition, it was observed that patients who remitted ended up with a better score on the FFMQ scale of Mindfulness.

DISCUSSION: Both programs turn out to be equally effective, so we cannot accept the starting hypothesis about the greater utility of the intervention based on Mindfulness. However, there is a percentage of referrals of more than 40% in Depression Greater than 12 months of the Mindfulness branch, compared to 27% in the lifestyle group. In addition, increases in the subscales of the FFMQ also suggest that the effectiveness of the intervention based on Mindfulness could be maintained better over time.

CONCLUSIONS: In our study, both programs are equally effective as coadjuvants in the treatment of major depression in primary care. It would be interesting to continue advancing in the research aimed at the availability of both programs for patients according to their preferences.

Resumen en catalán

EFICÀCIA COMPARATIVA D'UN PROGRAMA PSICOEDUCATIU D'ESTIL DE VIDA SALUDABLE VS UN PROGRAMA BASAT EN MINDFULNESS APLICATS PER MITJÀ DE TICs PER EL TRACTAMENT DE LA DEPRESSIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

ANTECEDENTS: La depressió es considera un problema de salut pública mundial, donada la seva prevalença, la discapacitat que genera, així com l'elevada comorbiditat tant mèdica com psiquiàtrica. Els antidepressius no sempre són eficaços, existint un altre tipus d'intervencions psicoterapèutiques que no poden oferir-se per falta de recursos. Avui en dia, disposem de tecnologies de la informació i comunicació (TIC), trobant programes basats en TICs de Mindfulness i Estil de Vida, utilitzats de forma codayuvante als tractaments antidepressius habituals de primera elecció, que han demostrat la seva eficàcia antidepressiva. És de gran interès clínic saber si un d'aquests programes és més eficaç que l'altre.

OBJECTIU: Avaluar l'eficàcia comparativa en Atenció Primària de dues intervencions de baixa intensitat, com són estil de vida saludable i Mindfulness, aplicades a través de TIC que han mostrat prèviament millores significatives en el tractament de la depressió lleu i moderada en contextos clínics especialitzats.

MÈTODE: Assaig clínic multicèntric aleatoritzat en 2 grups paral·lels. Es va estudiar a una mostra de N = 108 pacients amb depressió lleu a moderada reclutats en Atenció Primària. Es va assignar aleatòriament a un programa psicoeducatiu d'estil de vida saludable + Tractament Habitual millorat (Improved Treatment As Usual, Itaú) o programa basat en Mindfulness + Itaú. El format de les intervencions va ser d'1 sessió presencial i 4 mòduls en línia. El diagnòstic de depressió es va realitzar amb l'entrevista psiquiàtrica MINI. La variable principal de resultat va ser la puntuació en el PHQ-9, tenint posteriorment en consideració la remissió o no de la depressió en funció del punt de tall d'aquesta escala (> 10). També es va administrar el PANAS, (escala d'afecte Positiu i Negatiu), EuroQol (qualitat de vida) i SF-12 Health Survey (estat de salut percebut). Els pacients van ser avaluats en el moment basal, post, als 6 i 12 mesos post-tractament.

RESULTAT: Van ser reclutats 108 pacients. Es van assignar de forma aleatòria 54 pacients (50% de la mostra) al grup d'estil de vida i 54 al grup de Mindfulness (50%). Incloem únicament els que van accedir al programa i van completar els qüestionaris; 47 i 46 participants respectivament (86,11% del total). Després d'acabar el tractament, van continuar en l'estudi 76 (70,37%). Als 6 mesos eren 62 (57,40%), concloent l'estudi als 12 mesos 61 participants (56,48%). No es van obtenir diferències estadísticament significatives entre ambdós grups en la puntuació de l'escala PHQ-9 després de concloure l'estudi, ni transcorreguts 6 i 12 mesos. Quan es va tenir en compte el punt de tall d'aquesta escala per a considerar remissió o no de la depressió, tampoc trobem diferències estadísticament significatives, tot i que s'apuntava una tendència feia major probabilitat de remissió al final de l'estudi en el grup de Mindfulness. A més, es va observar que els pacients que remetien acabaven amb millor puntuació en l'escala FFMQ de Mindfulness.

DISCUSSIÓ: Els dos programes resulten ser igualment eficaços pel que no podem acceptar la hipòtesi de partida sobre la major utilitat de la intervenció basada en Mindfulness. No obstant això, hi ha un percentatge de remissions de més del 40% en Depressió Major als 12 mesos de la branca Mindfulness, enfront del 27% en el grup d'estil de vida. A més, els increments de les subescales de la FFMQ també suggereixen que l'eficàcia de la intervenció basada en Mindfulness es podria mantenir millor en el temps.

CONCLUSIONS: En el nostre estudi, els dos programes resulten ser igualment eficaços com a coadjuvants en el tractament de la Depressió Major en Atenció Primària. Seria interessant seguir avançant en la investigació encaminada a la disponibilitat de tots dos programes per als pacients en funció de les seves preferències.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

Índice

1	INTRODUCCIÓN	13
1.1	DEPRESIÓN	13
1.1.1	Definición	13
1.1.2	Relevancia	13
1.1.3	Manifestaciones clínicas.....	15
1.1.4	Aspectos epidemiológicos.....	16
1.1.5	Criterios diagnósticos	18
1.1.6	Instrumentos de evaluación.....	20
1.1.7	Tratamiento.....	23
1.2	MINDFULNESS	35
1.2.1	Definición de mindfulness.....	35
1.2.2	Aplicaciones de mindfulness	38
1.2.3	Protocolos de mindfulness.....	40
1.2.4	Medición de mindfulness.....	43
1.2.5	MBCT aplicado a la prevención de recaídas en depresión recurrente, depresión resistente al tratamiento o síntomas residuales.....	46
1.3	ESTILO DE VIDA SALUDABLE.....	52
1.3.1	Dieta	54
1.3.2	Ejercicio físico.....	61
1.3.3	Sueño.....	65
1.3.4	Exposición solar	67
1.3.5	Tratamientos multimodales	69
1.4	TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TICs)	71
1.4.1	Ventajas.....	73
1.4.2	Inconvenientes.....	74
1.4.3	Intervenciones en depresión aplicadas mediante TICs.....	75
2	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	93
3	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	94

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

3.1	HIPÓTESIS GENERAL	94
3.2	OBJETIVO PRINCIPAL	94
3.3	OBJETIVO SECUNDARIO	94
4	MÉTODO.....	95
4.1	MUESTRA.....	95
4.1.1	Criterios de inclusión.....	95
4.1.2	Criterios de exclusión	95
4.1.3	Tamaño muestral	96
4.2	PROCEDIMIENTO.....	96
4.2.1	Entrevista basal	96
4.2.2	Entrevista post-intervención, a los 6 y a los 12 meses.....	98
4.2.3	Diseño del estudio.....	99
4.3	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES E INSTRUMENTOS APLICADOS.....	115
4.3.1	Variable principal	115
4.3.2	Variables secundarias.....	115
4.4	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	116
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	117
5	RESULTADOS	117
5.1	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	119
5.2	DIFERENCIAS PRE-INTERVENCIÓN EN LAS DIFERENTES MUESTRAS.....	121
5.3	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.	122
5.4	RESULTADOS DE EFICACIA.....	123
5.4.1	Gravedad de la depresión	125
5.4.2	Calidad de vida	126
5.4.3	Afecto positivo y negativo.....	128
5.4.4	Grado de mindfulness	129
5.4.5	Gráfico de residuos	131
5.5	VARIABLE PRINCIPAL PHQ-9 COMO CATEGÓRICA.....	135
6	DISCUSIÓN.....	141
6.1	LIMITACIONES y FORTALEZAS	148
6.2	LÍNEAS DE FUTURO.....	148

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

7	CONCLUSIONES	150
8	ANEXOS	151
9	BIBLIOGRAFÍA.....	207

1 INTRODUCCIÓN

1.1 DEPRESIÓN

1.1.1 Definición

El término "depresión" puede referirse a una variedad de problemas de salud mental que se caracterizan principalmente por un estado de ánimo depresivo persistente y pérdida de interés en las actividades, además de otros síntomas cognitivos, físicos y de comportamiento. Es considerada por algunos autores una enfermedad médica crónica, siendo el trastorno mental más común en entornos comunitarios y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo (Cui & Cui, 2015; Fernández et al., 2018).

1.1.2 Relevancia

En las sociedades occidentales, la depresión se considera un problema de salud pública de gran relevancia, dado el detrimento que produce en la salud de los pacientes, así como en sus familias, ocasionando así mismo un gran costo económico para la sociedad. De hecho, en 2013, la depresión mayor se ubicó en el cuarto lugar entre las diez principales causas de años con discapacidad en Europa. Dicha discapacidad es igual a la atribuible a las enfermedades cardiovasculares y mayor a la debida a otros trastornos físicos crónicos, como la hipertensión, la diabetes y la artritis (Joo, 2017). Un reciente estudio realizado en atención primaria (González-Blanch et al., 2018), utilizó la Sheehan Disability Scale (SDS) para evaluar el deterioro funcional en los dominios de trabajo, vida social y vida familiar, evidenciándose así la depresión como el predictor más fuerte de los tres dominios de discapacidad.

En un esfuerzo por reducir esta carga, los gobiernos han apoyado mejorar la dotación de los servicios clínicos para trastornos mentales. Sin embargo, a pesar de esta inversión, la prevalencia de la depresión no ha cambiado.

Además, debemos reconocer que, aunque existen tratamientos eficaces para la depresión, no se diagnostican todos los casos y no todos los pacientes reciben y se adhieren al tratamiento.

Por otro lado, está el problema de la frecuente comorbilidad entre Depresión y enfermedad médica. Por ejemplo, la depresión incrementa el riesgo de infarto a lo largo del tiempo, incluso cuando los síntomas depresivos se han resuelto (London, 2015). Por ello, es importante identificar y tratar los síntomas depresivos lo antes posible; ya que no solo constituye un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular, sino que se ha relacionado con enfermedades médicas crónicas como diabetes, migraña, esclerosis múltiple, epilepsia, así como con el dolor y la inflamación como es el caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer y asma entre otras (Cameron, Habert, Anand, & Furtado, 2014). Vemos por tanto que la carga global de la enfermedad mental está subestimada.

Sin embargo, hay revisiones (Whiteford, Ferrari, & Vos, 2016) que indican que la estimación de la carga global de la salud mental debería tener en cuenta algunos cambios culturales. Por ejemplo, en relación al suicidio, se piensa que no se debería atribuir toda la carga a la depresión dado que, en países como China, Taiwán e India, una proporción sustancial de los suicidios consumados se ha llevado a cabo por personas sin un trastorno mental, ocurriendo como actos impulsivos, a través de medios más letales. Además, se observó que, en intentos graves de suicidio, solo del 30 al 50% de los casos cumplían con criterios de trastorno mental.

En cualquier caso, es clara la enorme carga sanitaria y social que supone la Depresión y por tanto la necesidad de implementar intervenciones más efectivas y rentables, apoyando la investigación para desarrollar mejores opciones de prevención y tratamiento (Whiteford et al., 2013; Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin, & Vos, 2015).

Es destacable señalar que hay cierto escepticismo social acerca de la ausencia percibida de efectividad de los tratamientos de la depresión y de sus costes.

Crisol y sus colegas simularon por primera vez, utilizando la herramienta WHO OneHealth de la OMS, la inversión necesaria para atender la depresión y los trastornos

de ansiedad en todo el mundo, revelándose unas cifras muy elevadas (Summergrad, 2016).

Finalmente, nos encontramos asociado con la Depresión el drama del suicidio que constituye una cuestión muy importante de salud pública internacional, ya que se cobra una vida cada 40 segundos, siendo la segunda causa de muerte en personas entre 15 a 29 años de edad y atribuyéndosele 39 millones de años de vida ajustados por discapacidad en 2012. Por cada muerte por suicidio, 30 personas intentan suicidarse (Bolton, Gunnell, & Turecki, 2015).

1.1.3 Manifestaciones clínicas.

El requisito principal del episodio depresivo mayor es un periodo de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día además de casi cada día. Se produce una pérdida de interés o de placer, por actividades que antes les gustaban. Así mismo, presentan tendencia a mayor aislamiento social.

Con frecuencia, los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga.

El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio.

El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes.

Muchos pacientes refieren o presentan un aumento de irritabilidad.

El sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, pudiendo alcanzar proporciones delirantes.

Son frecuentes también, los pensamientos de muerte, ideación suicida o los intentos de suicidio (American Psychiatric Association, 2018).

1.1.4 Aspectos epidemiológicos

1.1.4.1 Prevalencia

En relación a la prevalencia de diferentes trastornos mentales, los casos graves se concentran en una proporción relativamente pequeña de casos con alta comorbilidad, siendo la mayoría trastorno de ansiedad y trastornos del humor (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005).

Si nos fijamos en atención primaria en España, un estudio muestra que el 53,6% de la muestra presentó uno o más trastornos psiquiátricos, siendo los más prevalentes los trastornos afectivos (35,8%), de ansiedad (25,6%) y somatomorfos (28,8%). El 30,3% de los pacientes tenía más de un trastorno mental y el 11,5% presentó comorbilidad entre trastornos afectivos, de ansiedad y somatomorfos (Roca et al., 2009).

Focalizándonos en el trastorno depresivo mayor, en Estados Unidos es aproximadamente del 7%, con notables diferencias entre los grupos de edad, siendo la prevalencia en los sujetos entre 28 y 29 años tres veces mayor que en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser entre 1.5 y 3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana.

Al evaluar la prevalencia acumulada de la depresión en comunidades de diferentes países entre 1994 y 2014 y examinar las variaciones en la prevalencia estratificada por factores geográficos, metodológicos y socioeconómicos, resultó significativamente mayor en mujeres (14,4%), países con un índice de desarrollo humano medio (Lim et al., 2018), así como con un menor desarrollo económico (Rai, Zitko, Jones, Lynch, & Araya, 2013).

Igualmente, en China e India, la prevalencia de trastorno depresivo mayor fue de 2% en hombres chinos y de 3-5% en hombres indios, frente al 3% en mujeres chinas y al 4-7% en las féminas indias (Baxter et al., 2016). Para las mujeres los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo mayor y la distimia fueron los más comunes.

Por tanto, vemos que uno de los hallazgos más consistentes en la epidemiología social de la salud mental es la brecha de género en la depresión. Considerando 23 países

Europeos, los hallazgos indican que las mujeres presentaban niveles más altos de depresión en todos ellos, siendo las diferencias mayores en los países del este y sur de Europa y menores en Irlanda, Eslovaquia y países nórdicos (Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010).

Si tenemos en cuenta estas diferencias de género en los años tardíos de la vida, encontramos que situaciones incapacitantes como la presentada tras un accidente cerebrovascular estaban más fuertemente asociadas con la depresión en los hombres que en las mujeres (Forlani et al., 2014).

1.1.4.2 Factores de riesgo y pronósticos

Genéticos y fisiológicos. Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo de dos a cuatro veces más que la población general, siendo mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40% (American Psychiatric Association, 2018; Corfield, Yang, Martin, & Nyholt, 2017).

Temperamentales. El neuroticismo es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor al aumentar la susceptibilidad de desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes (Vittengl, 2017).

Ambientales. Los acontecimientos adversos en la infancia se consideran relevantes como precipitantes, no siendo tan importantes en la elección del tratamiento (Poletti et al., 2017).

Modificadores del curso. El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más frecuentes factores cronificadores de la Depresión (Dinger, Fuchs, Köhling, Schauenburg, & Ehrenthal, 2019).

1.1.4.3 *Comorbilidad*

El trastorno depresivo mayor se asocia con mayor frecuencia con los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad (American Psychiatric Association, 2018; El Mrayyan, Eberhard, & Ahlström, 2019; McNaughton & Corr, 2016) .

1.1.4.4 *Mortalidad*

Los trastornos mentales y en concreto la depresión, se encuentran entre las causas más importantes de muerte en todo el mundo. Se ha señalado la importancia de dedicar esfuerzos a la prevención de la mortalidad a través de un mejor y más precoz tratamiento de la depresión (Gilman et al., 2017; Walker, McGee, & Druss, 2015).

1.1.5 Criterios diagnósticos

Tabla 1. Criterios diagnósticos de depresión según DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2018)

A. Cinco o más de los siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo;

Al menos uno de los siguientes es (1) Estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

- ✓ 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.
- ✓ Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- ✓ Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución aumento del apetito casi todos los días.
- ✓ Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
- ✓ Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- ✓ Fatiga pérdida de energía casi todos los días.
- ✓ Sentimiento de inutilidad culpabilidad excesivo inapropiada casi todos los días.
- ✓ Disminución de la incapacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
- ✓ Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio 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 de otra afectación médica.

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, o hipomaníaco.

1.1.6 Instrumentos de evaluación

Entre los más utilizados en los estudios clínicos y de investigación se encuentran los siguientes:

- Escala Hamilton de Depresión de 17 ítems, HAMD-17 (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS-17): Evalúa la gravedad de la depresión a través de una escala hetero-aplicada que puntúa de menor a mayor los síntomas acontecidos durante la semana previa. El punto de corte a partir del cual se considera que se tiene depresión es de 7 puntos, pudiendo obtener hasta un máximo de 52 puntos. Versión castellana validada por Ramos-Brieva (Ramos-Brieva & Cordero Villafáfila, n.d.). Las versiones de 6, 17 y 21 ítems de la HDRS presentan una adecuada validez discriminante, consistencia interna, estabilidad temporal, entre observadores y sensibilidad al cambio (Bobes et al., 2003).

- Inventario de Depresión de Beck de 21 ítems (Beck Depression Inventory, BDI-21): Evalúa la presencia y gravedad de la depresión a través de un cuestionario auto-aplicado de 21 ítems. No existen puntos de corte a partir del cual puede diagnosticarse depresión, pero a partir de 11 puntos se consideraría que depresión leve. Adaptado y validado al castellano por Conde y Useros (Conde & Useros, 1975). El coeficiente alfa de fiabilidad fue alto. Las correlaciones con otras medidas auto aplicadas y hetero-aplicadas de depresión fueron elevadas y significativamente mayores lo que avala la validez convergente y discriminante del BDI-II, respectivamente. Validez de criterio, validación factorial adecuadas (Sanz, 2005)

- Goldberg Health Questionnaire (GHQ) (D. Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, & Grayson, 1988): Empleado y diseñado para la detección de ansiedad y depresión en Atención Primaria. Es hetero-aplicado y consta de dos escalas: ambas estructuradas en 4 ítems iniciales de cribado y 5 ítems que se formulan solo en caso de dar positivo el despistaje inicial (al menos uno en depresión y al menos cuatro en ansiedad). Validada al castellano para Atención Primaria en mayores de edad (Montón, Pérez Echeverría, Campos, García Campayo, & Lobo, 1993). Presenta valores de correlación superiores a 0.51, así como una elevada consistencia interna (Rocha, 2011)

- Escala Montgomery-Asberg para la Depresión (MADRS): Es una escala hetero-aplicada que evalúa la gravedad de la depresión a través de 10 ítems relativos a 10 síntomas distintos de la depresión. Constituye un complemento de la escala de Hamilton para la

depresión (HAMD) más sensible a los cambios provocados por los antidepresivos y otras formas de tratamiento que la escala de Hamilton (Montgomery & Asberg, 1979). Validada al castellano (Lobo et al., 2002). Presenta una adecuada validez (convergente y discriminante), así como fiabilidad (consistencia interna, estabilidad temporal y entre observadores) (Lobo et al., 2002).

- Inventario de sintomatología depresiva (IDS) (Rush et al., 2003): El IDS y su versión reducida (QIDS) (Rush et al., 2003) están diseñados para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos. Se suele evaluar el período de los últimos 7 días. Validada al castellano (Gili et al., 2011). Muestra una confiabilidad adecuada de prueba y una alta consistencia interna, siendo la validez convergente y la sensibilidad al cambio adecuadas (Gili et al., 2014).

- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), con la que se evalúa la intensidad de la depresión y es el más ampliamente utilizado en estudios farmacológicos y psicológicos. Se trata de una escala breve y auto-aplicada cuyo objetivo es servir de ayuda para el diagnóstico de depresión (criterios DSM-IV) y determinar la gravedad de la misma, resultando útil también para monitorizar los cambios experimentados por el paciente a través del tiempo. Se ha validado la versión española (Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke, & Spitzer, 2001). Presenta una adecuada sensibilidad y especificidad (Muñoz-Navarro et al., 2017).

- Entrevista MINI (Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional): es una breve entrevista diagnóstica estructurada, diseñada para generar diagnósticos DSM-IV y CIE-10 (D. D. Sheehan, Lecrubier, Sheehan, & Amorim, 1998). Disponemos de versión validada en español (Ferrando et al., 1998; D. Sheehan et al., 1992).

Además de los instrumentos referidos, empleados para el diagnóstico de la depresión, son de utilidad algunas de las escalas que presentamos a continuación:

- SF-12 Health Survey: mide el estado de salud percibido. Consiste en 12 ítems que miden ocho dimensiones (función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud General) que posteriormente se resumen en dos: medida sumario física y mental (Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS), 2016). El cálculo de las puntuaciones está basado en una escala de 0 (peor estado de salud posible) a 100 (mejor estado de salud posible). El SF-12 posee buenas cualidades psicométricas (Ware, Kosinski, & Keller, 1996) y se encuentra validado en español (Gandek et al., 1998). Las propiedades psicométricas del SF-12 sugieren que esta es una herramienta sensible para evaluar los diferentes niveles de QL, es confiable, tiene una consistencia interna satisfactoria y es rápida y fácil de usar (Silveira, Almeida, Freire, Haikal, & Martins, 2013)

- Cuestionario EuroQoL-5D (EQ-5D - versión en español) (Badia, 1999). Instrumento genérico de calidad de vida relacionada con la salud. Tiene dos partes: la Parte 1 registra problemas auto-informados en cada uno de los cinco dominios: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión, pudiendo cuantificar cada dominio según la gravedad. Los valores van desde 1 (mejor estado de salud) a 0 (muerte), pudiendo existir valores negativos que corresponden a estados de salud percibidos como peores que la muerte. La Parte 2 registra la salud autoevaluada del sujeto en una línea vertical de 10 cm, que va de 0 (peor) a 100 (mejor) puntos, dependiendo del estado de salud percibido por el paciente (Visual Analogic Scale: VAS). Sus propiedades han sido valoradas tanto en población general como en grupos con patologías y se cuenta con un índice de valores de preferencias para los estados de salud, obtenidos en población española. El desarrollo logrado con el EQ-5D y la existencia de versiones en diferentes lenguas son importantes antecedentes para su uso en (Herdman, Badia, & Berra, 2001).

- Positive and Negative Affects Schedule (PANAS) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). La escala PANAS consta de 20 ítems que evalúan dos dimensiones independientes: Afecto Positivo (PA: interesado, dispuesto, animado, inspirado, enérgico, decidido, atento, entusiasmado, activo, orgulloso) y Afecto Negativo (NA: irritado, tenso, avergonzado,

disgustado/enfadado, nervioso, culpable, temeroso, enojado, intranquilo, y asustado). El valor de cada escala (10 elementos en cada una) es de 10 a 50. Tiene una versión validada en español (Sandín et al., 1999).

Esta escala ha demostrado características psicométricas adecuadas, siendo consistente internamente, tanto para el afecto positivo como para el negativo. Presenta excelentes correlaciones discriminantes convergentes, habiendo demostrado una estabilidad adecuada (Robles & Páez, 2003).

1.1.7 Tratamiento

Los estudios han mostrado que la depresión no tiene un tratamiento satisfactorio (Pence, O'Donnell, & Gaynes, 2012).

Muchos pacientes con ansiedad o depresión que reciben tratamiento ambulatorio especializado en centros de salud mental no se recuperan por completo. La recaída y el curso crónico son comunes. Esto plantea preguntas sobre la idoneidad del tratamiento que reciben (Smit, Kemps, Zoun, & Spijker, 2017).

Según la bibliografía, más de un tercio de los pacientes no reciben un tratamiento adecuado (Smit et al., 2017) y utilizando datos del estudio ESEMeD, la proporción global de tratamiento adecuado fue del 45,8% (57,4% en el sector especializado y 23,3% en el sector de atención médica general). Se encontraron diferencias entre países en la adecuación del tratamiento en el entorno especializado (Fernández et al., 2007).

Sin embargo, el ofrecer a todos los pacientes un antidepresivo o terapia cognitiva conductual (TCC) sería inadecuado, según se refleja en uno de los estudios en relación a screening de depresión ("Thase ME. Recommendations for screening for depression in adults," 2016). Su conclusión es que el acceso inmediato a estos tratamientos debe reservarse para aquellos con síntomas más severos y deterioro funcional o aquellos que han respondido previamente a cualquiera de esos dos tratamientos.

Para el resto, el tratamiento debe comprender varios pasos, como son:

- ✓ Educación sobre las causas y el curso de los episodios depresivos,

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

- ✓ Educación sobre los factores de estilo de vida modificables que pueden contribuir a la depresión, incluidos el sueño, la dieta y el ejercicio,
- ✓ Factores psicosociales recientes y un breve asesoramiento orientado a la solución de problemas.

Por ello, se han desarrollado modelos de atención integrada (Thota et al., 2012), en la que intervienen equipos de atención primaria, pacientes y especialistas de salud mental, diseñada para:

- ✓ Mejorar la detección y el diagnóstico de rutina de los trastornos depresivos
- ✓ Aumentar el uso de protocolos basados en la evidencia científica, para el tratamiento de los trastornos depresivos
- ✓ Mejorar el apoyo clínico y comunitario para la participación activa del paciente a la hora de establecer objetivos de tratamiento, así como su autogestión.

Resultados de diversos meta-análisis muestran pruebas sólidas sobre la efectividad de dicha atención integrada para mejorar los síntomas de depresión, la adherencia y respuesta al tratamiento, la remisión y recuperación de los síntomas, la calidad de vida y estado funcional, además de, satisfacción con la atención (Thota et al., 2012).

La NICE (National Institute for Health and Care Excellence), propone un modelo escalonado para la prestación de servicios, y ayuda a los pacientes, cuidadores y profesionales a identificar y acceder a las intervenciones más efectivas. Los pasos a seguir son los siguientes:

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

Tabla 2. Recomendaciones de tratamiento escalonado de la depresión. NICE.

PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4
(Sintomatología sospechosa de depresión)	(Síntomas depresivos por debajo del umbral persistentes; depresión leve a moderada)	(Caso 2 con respuesta inadecuada a las intervenciones iniciales; depresión moderada y severa)	(Depresión severa y compleja; riesgo para la vida; severa auto-negligencia)
Evaluación	Intervenciones psicosociales de baja intensidad	Medicación	Medicación
Apoyo	Intervenciones psicológicas	Intervenciones psicológicas de alta intensidad	Intervenciones psicológicas de alta intensidad
Monitorización activa	Medicación	Tratamientos combinados	Tratamientos combinados, terapia electroconvulsiva
Derivación para evaluaciones e intervenciones adicionales.	Derivación para evaluaciones e intervenciones adicionales	Atención de colaboración y derivación para evaluaciones e intervenciones adicionales	Atención de urgencias, multiprofesional e internación

1.1.7.1 *Psicoterapéutico*

Antes de plantearnos qué tipo de abordaje psicoterapéutico sería más efectivo, debemos preguntarnos si existen barreras percibidas frente a los tratamientos psicológicos.

En cuanto a los tratamientos psicológicos estructurados, la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TPI), tienen una base sólida de evidencia de la eficacia en el tratamiento de la depresión, incluso en casos graves, así como en la prevención de recaídas (Teasdale et al., 2001).

Las psicoterapias pueden tener efectos protectores más duraderos que la medicación, siendo efectivas de por vida. Sin embargo, es posible que no ofrezcan beneficios tan rápidos como los antidepresivos, y la eficacia máxima requiere terapeutas bien entrenados y experimentados. En algunos casos, la combinación con farmacoterapia puede mejorar el resultado (Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008).

En el caso de terapias psicológicas estructuradas novedosas, como la terapia cognitiva basada en la atención plena y la terapia de aceptación y compromiso, los estudios publicados recientemente arrojan resultados positivos sugiriendo que deberían considerarse opciones de tratamiento (Lampe, Coulston, & Berk, 2013).

Si consideramos las intervenciones psicológicas con el objetivo de prevenir las recaídas en adultos que se han recuperado de una depresión, una revisión sistemática y meta-análisis de estudios controlados randomizados, demostró que, a los 12 meses, la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) y la psicoterapia interpersonal (TPI) se asociaron con una reducción del 22% en la recaída en comparación con los controles. El efecto se mantuvo a los 24 meses para la TCC, pero no para la TPI. No hubo datos de MBCT transcurridos 24 meses (Clarke, Mayo-Wilson, Kenny, & Pilling, 2015).

Si tenemos en cuenta la importancia de mejorar el coste-efectividad de estas intervenciones, es importante que se estén desarrollando terapias menos intensivas con

formatos innovadores. Éstas, incluyen una variedad de tratamientos psicológicos en los que no hay (o es muy escasa) participación del terapeuta. Por ejemplo, la TCC computarizada, la autoayuda guiada y la actividad física grupal estructurada. Tales intervenciones se han denominado de "baja intensidad". En una revisión sistemática de todas las evaluaciones de intervenciones de 'baja intensidad' cuyos criterios de inclusión fueron adultos o adolescentes que habían recibido tratamiento para la depresión, se recogieron 2 tipos de intervenciones:

- ✓ Intervenciones de baja intensidad
- ✓ Intervenciones realizadas por profesionales de salud mental cualificados que involucraron <6 horas de contacto por paciente, incluyendo placebo, intervenciones psicológicas o farmacológicas.

Se cuantificó la recaída o recurrencia, así como la función social y calidad de vida.

Analizados los resultados en dicho estudio, no se encontró una clara evidencia para determinar la efectividad clínica o la rentabilidad de las intervenciones de baja intensidad para la prevención de la recaída o recurrencia de la depresión (Rodgers et al., 2012).

Si hablamos de la depresión resistente al tratamiento (TRD), la eficacia de la TCC "clásica" para TRD varía entre los ensayos clínicos. Un estudio japonés mostró efectos positivos agudos y sostenidos sobre los síntomas depresivos y el funcionamiento social en pacientes con TRD cuando el grupo CBT se agregó a la medicación antidepresiva.

En los últimos años, se ha estudiado la TCC de "nueva generación", como la psicoterapia del sistema de análisis cognitivo-conductual (CBASP), la terapia dialéctica conductual (DBT) y la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT), resultando todas ellas eficaces en comparación con los controles de lista de espera en los pacientes con TRD (Inoue, 2010).

En relación a la depresión en un grupo específico de pacientes, como son las mujeres embarazadas, la evidencia para los enfoques de tratamiento psicoterapéutico para la depresión durante el embarazo, incluye la terapia interpersonal, terapia cognitivo-

conductual, activación conductual y terapia cognitiva basada en la atención plena (Genovez, Vanderkruik, Lemon, & Dimidjian, 2018).

Tabla 3: Recomendaciones tratamiento psicológico para la depresión según la NICE

	Terapia Cognitivo Conductual (Chand et al., 2019)	Terapia interpersonal (Cuijpers et al., 2016; De Mello et al., 2005)	Comportamental (M. H. Klein et al., 1969)	Cognitivo-Conductual de pareja (Epstein & Zheng, 2017)
Duración	16-20 sesiones durante 3 a 4 meses	16-20 sesiones durante 3 a 4 meses	16-20 sesiones durante 3 a 4 meses	15-20 sesiones durante 5 a 6 meses
intensidad	2 sesiones/semana las primeras 2 a 3 semanas en depresión moderada o grave.	2 sesiones/semana las primeras 2 a 3 semanas en depresión moderada o grave.	2 sesiones/semana las primeras 2 a 3 semanas en depresión moderada o grave.	
Seguimiento	3-4 sesiones durante los siguientes 3 a 6 meses	3-4 sesiones durante los siguientes 3 a 6 meses	3-4 sesiones durante los siguientes 3 a 6 meses	

1.1.7.2 Farmacológico

En cuanto a la elección de fármaco antidepresivo, la NICE propone:

Cuando se va a prescribir un antidepresivo, normalmente debería ser un ISRS, considerando posteriormente antidepresivos duales u otros con perfiles específicos según la sintomatología del paciente (Kendrick, Taylor, & Johnson, 2019).

Debemos tener en cuenta que:

- ✓ La fluoxetina, la fluvoxamina y la paroxetina se asocian con una mayor propensión a las interacciones farmacológicas (Mandrioli, Mercolini, Saracino, & Raggi, 2012).
- ✓ La paroxetina se asocia con una mayor incidencia de síntomas de interrupción (Baldwin, Cooper, Huusom, & Hindmarch, 2006).
- ✓ La venlafaxina se asocia con un mayor riesgo de muerte por sobredosis (Batista et al., 2013).
- ✓ Los antidepresivos tricíclicos (ATC), están asociados con el mayor riesgo de sobredosis, así como posibilidad de hipotensión y arritmias (Lewis-Abney, 2000).
- ✓ La posible exacerbación de la hipertensión con venlafaxina y duloxetina (Kivrak et al., 2014).
- ✓ El riesgo de síndrome de discontinuación, particularmente con los que tienen una vida media más corta (como paroxetina y venlafaxina) (Baldwin et al., 2006).

Considerar el tratamiento concomitante a corto plazo con una benzodiazepina si la ansiedad, la agitación y / o el insomnio son problemáticos, no más de 2 semanas en general, para prevenir el desarrollo de la dependencia (Tanguay Bernard et al., 2018).

Si no se evidencia mejoría transcurridas 2-4 semanas con el primer antidepresivo, hay que asegurarse de que se haya tomado regularmente el tratamiento y la dosis prescrita sea la adecuada.

Si la respuesta es parcial transcurridas 3-4 semanas de tratamiento con una dosis terapéutica, se aconseja aumentar el nivel de apoyo (por ejemplo, por contacto personal o por teléfono semanalmente) y considerar:

- ✓ Aumentar la dosis si no hay efectos secundarios significativos.
- ✓ Cambiar a otro antidepresivo si hay efectos secundarios o si la persona lo prefiere.

Si existe mejoría en 4 semanas, continuar el tratamiento durante otras 2 a 4 semanas.

Considerar cambio a otro antidepresivo si:

- ✓ Respuesta parcial.
- ✓ Existencia de efectos secundarios.
- ✓ La persona prefiere cambiar de tratamiento.

Realizando cambio a:

- ✓ Inicialmente un ISRS diferente o un antidepresivo de nueva generación mejor tolerado.
- ✓ Posteriormente, un antidepresivo de una clase farmacológica diferente.
- ✓ Cuidado al cambiar de la fluoxetina a otros antidepresivos, dada su vida media más larga.

En el caso de combinación o aumento, debemos saber que:

- ✓ "Potenciación" es cuando un antidepresivo se usa con un medicamento no antidepresivo.
- ✓ "Combinación" es cuando dos antidepresivos se usan juntos.

Se podría utilizar:

- ✓ Litio (control de función renal y tiroidea cada 6 meses. Litemia 1 semana tras el inicio o cambio de dosis y cada 3 meses si está estabilizado).
- ✓ Un antipsicótico como aripiprazol, olanzapina, quetiapina o risperidona (controlar efectos secundarios como aumento de peso, efectos extrapiramidales).
- ✓ Otro antidepresivo como la mirtazapina o la trazodona.

Continuar la medicación durante al menos 6 meses después de la remisión de un episodio de depresión, para evitar recaídas (Safer, 2017).

Revisar la necesidad de un tratamiento antidepressivo continuo más allá de 6 meses después de la remisión teniendo en cuenta:

- ✓ El número de episodios previos de depresión.
- ✓ La presencia de síntomas residuales.
- ✓ Problemas concurrentes de salud física y dificultades psicosociales.

En los casos en los que se cumplan los criterios de riesgo significativo de recaída:

- ✓ Continuación de medicación al menos dos años.
- ✓ Aumentar la dosis o al menos mantener la dosis a la cual fue efectiva en el período agudo.
- ✓ Tratamiento psicológico (TCC).

Continuar el tratamiento de mantenimiento más allá de los 2 años si:

- ✓ Han tenido dos o más episodios de depresión en el pasado reciente, durante los cuales se experimentó un deterioro funcional significativo.
- ✓ Presentan síntomas residuales.
- ✓ Antecedentes de episodios graves o prolongados o de respuesta inadecuada,
- ✓ Es probable que las consecuencias de la recaída sean graves (por ejemplo, intentos de suicidio, pérdida del funcionamiento, interrupción grave de la vida e incapacidad para trabajar).

A continuación, se expone una tabla con los antidepresivos comercializados en España:

Tabla 4. Clasificación de los diferentes antidepresivos comercializados en España.

Antidepresivos clásicos

IMAO no selectivos	Tranilcipromina
IMAO selectivo MAO-A	Moclobemida
Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Trimipramina Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina. Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina.
Nueva generación	
ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
IRDN	Bupropion
IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
ASIR	Trazodona
NASSA	Mirtazapina
IRNA	Reboxetina
Agonista melatoninérgico	Agomelatina
Multimodal	Vortioxetina

Notas : IMAO: Inhibidores de la monoamino-oxidasa; ADT: Antidepresivos tricíclicos (inhibidores de la recaptación de 5-HT y NA); ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRDN: Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina; ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; IRNA: Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.

1.1.7.3 Tratamiento en atención primaria

Los esfuerzos en atención primaria deberían ir encaminados a la prevención de la depresión, debiendo evitar la aparición de la enfermedad, ya sea eliminando los factores de riesgo o aumentando la resiliencia a la enfermedad.

Clásicamente, la prevención primaria de la depresión se clasifica como:

- ✓ "Universal" cuando se aplica a la población general,

- ✓ "Selectiva" cuando ya existen algunos factores de riesgo de depresión
- ✓ "Indicada" para los pacientes con depresión por debajo del umbral (tienen algunos síntomas de depresión, pero no cumplen con los criterios de diagnóstico).

El mejor programa de prevención primaria es el que tiene como objetivo los factores de riesgo modificables, siendo económico y capaz de difundirse a gran escala.

El PredictDalgorithm (Fernández et al., 2018) proporciona una cuantificación del riesgo de depresión mayor, así como, información sobre los factores de riesgo para cada individuo. Al evaluar la efectividad de esta estrategia en comparación con la atención habitual, esta nueva intervención preventiva redujo la incidencia de depresión en más del 20% a los 18 meses.

En el tratamiento de la depresión existe una amplia gama de intervenciones que pueden ser iniciadas y continuadas por los médicos de atención primaria, a lo largo de todas las fases del tratamiento. Son aspectos importantes del tratamiento (Cameron et al., 2014):

- ✓ La alianza médico-paciente.
- ✓ Educación del paciente.
- ✓ Tratamiento adecuado con farmacoterapia y otras opciones como CBT y MBCT.
- ✓ Tratamiento buscando la remisión (no solo respuesta).
- ✓ La prevención de recaídas / recurrencias.

Es crucial identificar algunos de los desafíos más importantes al tratar el trastorno depresivo mayor y brindar soluciones prácticas. Por ejemplo:

- ✓ La identificación de grupos de alto riesgo.
- ✓ El diagnóstico.
- ✓ Los enfoques de tratamiento agudo (incluida la farmacoterapia y el manejo de los efectos secundarios relacionados).
- ✓ Las estrategias para la respuesta parcial / limitada al antidepresivo de primera línea (estrategias de cambio, aumento y combinación).
- ✓ El uso de psicoterapia y terapias somáticas.
- ✓ El tratamiento para la remisión.

- ✓ Evaluación de la remisión, la medición de la respuesta.
- ✓ Seguimiento a lo largo del tratamiento.
- ✓ Trabajar para mejor adherencia terapéutica.
- ✓ Prevenir la recurrencia de episodios depresivos.

Un meta-análisis realizado en relación al tratamiento psicológico en atención primaria, demuestra que aunque el número de estudios fue relativamente bajo y la calidad variada, el tratamiento psicológico de la depresión es efectivo en especial cuando los médicos de familia derivan a los pacientes con depresión para recibir tratamiento (Cuijpers, van Straten, van Schaik, & Andersson, 2009). Así lo apoyan otros estudios, tras realización de revisión sistemática y meta-análisis (Bortolotti, Menchetti, Bellini, Montaguti, & Berardi, 2008; Linde et al., Santoft et al., 2019), considerando también la Terapia de Solución de Problemas (Zhang et al., 2019; Zhang, Park, Sullivan, & Jing, 2018).

Vimos cómo las intervenciones psicológicas son también efectivas en la prevención de recaídas, valorándose también su coste-efectividad, sabiendo que la adición de la TCC a la atención habitual es rentable en pacientes que no han respondido a los antidepresivos. Por lo tanto, los médicos de atención primaria deben animarse a derivar pacientes a TCC (Hollingshurst et al., 2014).

Sin embargo, encontramos que solo una minoría de los pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad recibió un tratamiento adecuado. A pesar de la mejora, en el estudio revisado, se refleja que dicha terapia continuó siendo mucho menos utilizada que la farmacoterapia (Weisberg, Beard, Moitra, Dyck, & Keller, 2014). Teniendo en cuenta además que son pocos los estudios con antidepresivos no financiados por la industria farmacéutica, a pesar de la efectividad de los mismos, se debería tener cautela a la hora de prescribirlos, teniendo en cuenta, como hemos ido viendo la efectividad de la psicoterapia incluso de baja intensidad, resultando además menor coste-efectivo (Arroll et al., 2016; Lorenzo-Luaces, DeRubeis, & Bennett, 2015).

Estos resultados en atención primaria se corresponden con lo observado a nivel europeo en el estudio ESEMeD, viendo que el uso de los servicios de salud es limitado entre las

personas con trastornos mentales en los países europeos estudiados. Merece la pena investigar tanto sobre los factores asociados con ello, como sobre sus implicaciones (Alonso et al., 2004). Entre los encuestados con depresión severa, el 31% no utilizó los servicios. Existía una mayor probabilidad de uso del servicio entre aquellos que estaban desempleados o demasiado discapacitados para trabajar, que tenían síntomas moderados de depresión y que tenían comorbilidad con algún otro trastorno mental. En el grupo de tratamiento activo, solo el 31,2% recibió un tratamiento adecuado (Gabilondo et al., 2011).

De la misma forma, si nos focalizamos en la depresión postparto, cuya incidencia es de un 10-15%, siendo el 90% de los casos atendidos en Atención Primaria, la adherencia al tratamiento farmacológico es pobre, resultando interesante plantear psicoterapia, dada su efectividad al disminuir la sintomatología depresiva (Stephens, Ford, Paudyal, & Smith, 2016).

Al igual que en esta población específica (mujeres postparto), la adherencia a los psicofármacos en general es baja, pudiendo tener que ver con las preferencias de los pacientes al tratamiento, siendo la psicoterapia más demandada, al considerar los psicofármacos adictivos y creer que aquella puede eliminar la causa de la depresión. Discutir dichas preferencias podría mejorar la calidad en la atención a la depresión, que normalmente se corresponden con asesoramiento interpersonal o psicoterapias de baja intensidad en depresión leve y medicación en el caso de depresión moderada-severa, No obstante, de forma general, las tasas de remisión y el nivel funcional, no estaban influenciadas por dichas preferencias (Magnani et al., 2016; Van Schaik et al., 2004).

1.2 MINDFULNESS

1.2.1 Definición de mindfulness

Según Vallejo, “mindfulness” es un término que no tiene una palabra correspondiente en castellano. Puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y

reflexiva. Los términos atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos en su significado (Vallejo & Uned, 2006).

Simón señala que es “algo muy simple y familiar”, algo que todos nosotros hemos experimentado en numerosas ocasiones de nuestra vida cotidiana. Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo, estamos practicando mindfulness. Lo que ocurre es que habitualmente nuestra mente va saltando de unas imágenes a otras y de unos a otros pensamientos (Simón, 2006).

La definición de Mindfulness dada por su creador, Jon Kabat-Zinn, es conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional, a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella. También se utiliza otra descripción suya mucho más sencilla: simplemente parar y estar presente, eso es todo (Kabat-Zinn, González Raga, & González Sanvisens, 2016).

En un intento de operativizar la definición anterior, Viso y sus colaboradores en 2010 la definen como un particular foco de atención caracterizado por al menos, dos características distintas:

- ✓ Mantenerse concentrado en la experiencia inmediata del momento presente, facilitando un mayor reconocimiento de los fenómenos corporales, sensoriales, emocionales y mentales.
- ✓ Una orientación abierta hacia la propia experiencia: se caracteriza por la curiosidad, la apertura y la aceptación lo que implica la capacidad de reconocer la realidad, libre de nuestras interpretaciones cognitivas.

En contextos terapéuticos la definición de Baer, es también una referencia: la observación no enjuiciadora del fluido continuo de los estímulos, tanto internos como externos, a medida que ellos se presentan.

Las definiciones de mindfulness siempre deben incluir los siguientes aspectos (García-Campayo & Demarzo, 2018):

- ❖ Capacidad de estar atento: el individuo no está distraído, somnoliento o indolente, sino atento y preferentemente centrado en lo que está viviendo.

- ❖ En el presente: uno puede estar enfocado en el pasado echándolo de menos, fenómeno que ocurre en la depresión, o centrado en el futuro, temiendo algo que va a ocurrir, como sucede en la ansiedad. En el mindfulness, el sujeto está centrado exclusivamente en el fenómeno presente.
- ❖ Intencional: entrar en estado de mindfulness es algo voluntario, al menos al principio de la práctica. Con el tiempo, el proceso se vuelve natural, pudiendo estar en ese estado la mayor parte del tiempo.
- ❖ Con aceptación: uno no juzga, crítica o está a disgusto con la experiencia presente, sino que la acepta de una forma radical. Aquí, aceptación es diferente de resignación o pasividad. El sentido es de apertura y curiosidad no crítica ante cada experiencia.

Qué, no se considera Mindfulness (García-Campayo & Demarzo, 2018):

- No es dejar la mente en blanco. El objetivo del mindfulness es hacerse consciente del proceso del pensamiento y de las emociones, pero no dejar de pensar o sentir.
- No es buscar la iluminación o apartarse de la vida. Esta idea se produce porque la meditación surge en entornos monásticos. Por el contrario, lo que se pretende llevar el mindfulness a la vida diaria para hacernos más conscientes de los procesos mentales.
- No hay que suprimir las emociones. En el mindfulness se regulan las emociones al hacernos conscientes de cómo surgen y al no reaccionar ante ellas, teniendo menos tendencia a mantenerlas y rumiarlas, por lo que desaparecen antes.
- No es escapar del dolor. El mindfulness nos ayuda a no reaccionar impulsivamente ante el dolor. Nos damos cuenta de que el sufrimiento surge cuando protestamos o lo evitamos, en lugar de cuando lo aceptamos momento a momento.

- No es autoconciencia en forma de reflexividad enjuiciadora. No es una voz interna que de manera continua valora nuestros actos, pensamientos y sentimientos, generalmente de forma crítica. Los momentos de mindfulness son no conceptuales, no verbales, no se enjuicia la experiencia.
- No es una práctica egoísta. Al entender mejor el porqué de lo que hacemos, aumenta nuestra capacidad de empatizar con los demás seres humanos, desarrollando un compromiso social progresivo.

1.2.2 Aplicaciones de mindfulness

La evidencia clínica muestra una serie de aplicaciones clínicas para el mindfulness, tanto para problemas de salud mental como para enfermedades físicas, además de ser útil en la relación terapéutica y el fortalecimiento de habilidades necesarias para todo terapeuta (Alsubaie et al., 2017).

Algunos de los beneficios que puede obtener cualquier persona (Hölzel et al., 2011; Spijkerman, Pots, & Bohlmeijer, 2016):

- Reducir distracciones o aumentar la concentración.
- Reducir automatismos.
- Minimizar los efectos negativos de la ansiedad.
- Aceptar la realidad tal y como es.
- Disfrutar del momento presente.
- Potenciar nuestra autoconciencia.
- Reducir el sufrimiento.
- Evitar o reducir la impulsividad.

Beneficios del mindfulness aplicado a problemas de salud (Carvalho, Fernandes, & Brunoni, 2019; Fjorback, 2012):

- Físicos:
 - Aprender a respirar mejor.
 - Aprender a relajar cuerpo y mente.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

- Aumentar la flexibilidad corporal.
- Regular la presión arterial.
- Influir en el sistema inmunitario: atenuación de la secreción de la hormona cortisol (efecto inmunodepresor) como respuesta al estrés.
- Mejorar la calidad del sueño.
- Mejorar los hábitos alimentarios.
- Recargar energías del propio cuerpo.
- Globales:
 - Desarrollar una actitud de responsabilidad en el cuidado de la propia salud.
 - Ver el dolor de otra manera.
 - Disminuir las visitas médicas no programadas.
 - Disminuir el abuso de medicación.
 - Ayudar a marcarse metas más realistas.
 - No sumar más sufrimiento añadiéndole rabia u otras emociones al malestar.
 - Aceptar la realidad tal y como es.
 - Centrar la atención en otras cosas que también están sucediendo mientras tanto.
 - Fortalecerse ante la adversidad.
 - Ser más sabio.
 - Desarrollar la espiritualidad.

Actualmente los trastornos psicológicos donde puede aplicarse las terapias que incorporan el mindfulness son los siguientes (Hofmann & Gómez, 2017a; Potes et al., 2018):

- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastorno límite de personalidad.
- Trastornos adictivos (drogas y alcohol).

- Trastornos de la alimentación.
- Trastornos psicóticos.

1.2.3 Protocolos de mindfulness

1. El protocolo MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction).

Es un programa intensivo y estructurado, desarrollado por Jon Kabat-Zinn en 1979, en el centro de Mindfulness en la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts.

El programa consta de un curso de 8 sesiones semanales de entre 2 y 2 horas y media de duración, además de un día de retiro de 8 horas, recomendándose un mínimo de 45 minutos de práctica diaria de mindfulness, 6 días por semana, ofreciéndose inicialmente audios con las prácticas grabadas.

Las principales prácticas consisten en body scan (escaneo corporal): poniendo la atención secuencialmente en las sensaciones de las diferentes áreas del cuerpo. Meditación sentada: en la que el participante presta la atención en la sensación de respirar. Hatha yoga: fijando la atención en los movimientos corporales, prácticas de atención durante las actividades rutinarias diarias, como andar y estar de pie o comer. La práctica de la pasa (atender progresivamente con todos los sentidos y degustar lentamente un pasa): se usa para entender la diferencia entre la mente en el estado de mindfulness y el estado mental habitual. Y por último, la práctica de los 3 minutos: es una breve meditación en tres fases que permite parar y prestar atención durante el día a día.

En todos los ejercicios se da la instrucción de focalizar la atención en el punto de anclaje (por ejemplo, respirar) y hacerse consciente de él en cada momento. Cuando surgen sensaciones, emociones o pensamientos son observados sin juicio. Si la mente divaga en pensamientos, memorias o fantasías, la atención vuelve al punto de anclaje intentando no quedarse atrapada por el contenido de dichos fenómenos mentales.

Evaluando los efectos de la reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) en el tratamiento de la depresión en adolescentes y adultos jóvenes e incluyendo los

ensayos controlados aleatorios (ECA) que evaluaron el MBSR , se encontró que en relación con los grupos de control (por ejemplo, sin tratamiento, tratamiento habitual o control activo), el MBSR tuvo efectos moderados en la reducción de los síntomas depresivos al final de la intervención (Chi, Bo, Liu, Zhang, & Chi, 2018).

2. El protocolo MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy).

La MBCT está estructurada en 8 sesiones, que se solapan al 80% con el MBSR. El 20% diferencial son elementos de psicoterapia cognitiva, que facilitan una visión de los eventos mentales sin identificarse con ellos, que se utiliza también con las emociones y sensaciones corporales, intentando neutralizar los pensamientos rumiativos.

Esta técnica es eficaz en la reducción de las recaídas en la depresión, unido a un incremento de la atención plena, de la metacognición y de la autocompasión.

Por ello, tanto el Instituto Nacional de la Salud y la Excelencia clínica del Reino Unido (NICE) como la guía de práctica clínica de Psiquiatría de la Real Universidad de psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda recomienda usar la MBCT para la prevención de la recaída en la depresión (Segal, Williams, & Teasdale, 2013).

3. El protocolo MB-EAT (Mindfulness-Based Eating).

Los enfoques basados en la atención plena parecen ser los más efectivos para abordar la alimentación emocional y la alimentación en respuesta a señales externas, funcionando mediante una mayor conciencia de las señales internas para comer, en lugar de las externas (Warren, Smith, & Ashwell, 2017). Este protocolo incluye 12 sesiones grupales.

Las intervenciones conductuales que aumentan la conciencia de las señales de alimentación y la saciedad se han postulado para dar como resultado hábitos alimenticios más saludables. Por ello, en un estudio se plantearon que la realización de un entrenamiento en MBSR, podría mostrar efectos positivos en ello. Sin embargo, no encontraron cambios significativos en relación a la alimentación emocional, no controlada o tipo de alimentos que ingerían en relación a la situación basal (Kearney et al., 2012).

Quizá por ello, ha sido necesario el desarrollo de esta intervención específica en relación a la alimentación, que ha demostrado su eficacia en el trastorno por atracón, en el que existe una desregulación emocional, conductual y fisiológica en relación con la ingesta de alimentos y la identidad propia.

MB-EAT implica entrenamiento en meditación de atención plena y prácticas de atención plena que están diseñadas para abordar los problemas centrales de BED: controlar las respuestas a diferentes estados emocionales; hacer elecciones conscientes de alimentos, desarrollando una conciencia de las señales de hambre y saciedad; y cultivar la autoaceptación (Kristeller & Wolever, 2010).

4. El protocolo MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention for addictive behaviors).

Es una intervención grupal diseñada para tratar la recaída de los pacientes con trastorno por abuso de sustancias (Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013, 2018).

5. Mindfulness- Based Elder Care (MBEC).

El entrenamiento basado en la atención plena mejora la salud mental del cuidador y reduce el estrés y la carga (Piersol et al., 2017). Consiste en MBSR adaptado a las características y necesidades de la población anciana y de sus cuidadores, con el objetivo de desarrollar la conciencia y la compasión.

6. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting.

Cada vez existe más interés en ello, habiendo realizado cursos en el sistema nacional de salud, promoviendo su implantación dados los resultados (Warriner, Crane, Dymond, & Krusche, 2018). Se trata de otra adaptación del MBSR para mujeres embarazadas, dirigido no obstante a ambos progenitores, pretendiendo conseguir que la paternidad sea más consciente durante los primeros años de la vida de los niños. Consiste en un total de 9 sesiones, una a la semana, de 3 horas de duración cada una. Al igual que en otros protocolos clásicos, en este también hay un retiro de silencio, de 7 horas, entre las semanas 6 y 7.

En definitiva, durante los últimos 10 años, ha habido un aumento considerable en los ensayos controlados aleatorios (ECA) publicados de entrenamiento breve de atención plena.

En uno de los meta-análisis revisados, evaluaron si el entrenamiento breve de la atención plena reduce la afectividad negativa, como depresión, rumia, ansiedad, estrés, evidenciándose un efecto pequeño (Schumer, Lindsay, & Creswell, 2018).

Los criterios mínimos de calidad que debe incluir una intervención en mindfulness o MBI, estarían en relación con:

- La duración de la intervención.
- Los contenidos de dicha intervención.
- La formación del profesional que ofrece la intervención.

1.2.4 Medición de mindfulness

Se puede medir el Mindfulness mediante:

- Cuestionarios psicológicos autoreportados.
- Marcadores neurobiológicos.
- Medidas conductuales.

La escala más utilizada para medir mindfulness es la conocida como Five Facet mindfulness Questionnaire FFMQ (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006), que unifica los cuestionarios más habitualmente utilizados en mindfulness en un solo instrumento. Se considera la escala más completa para medir el mindfulness y la más utilizada en investigación (García-Campayo & Demarzo, 2018).

Las puntuaciones obtenidas en la FFMQ indican que esta escala es sensible a la experiencia meditadora de las muestras evaluadas (Baer et al., 2008; de Bruin, Topper, Muskens, Bögels, & Kamphuis, 2012a; Lilja et al., 2011) y también a las intervenciones basadas en mindfulness. Se han evaluado psicométricamente las subescalas,

encontrando en un estudio una evidencia parcial de su validez convergente (S. B. Goldberg et al., 2016) , a la vez que se observaba correlación entre el cuestionario, con sus diferentes facetas, y el bienestar psicológico. Se encontró que la escala no tuvo una validez discriminante. En general no se recomienda usar la suma total del cuestionario FFMQ sino las subescalas (Van Dam, Hobkirk, Danoff-Burg, & Earleywine, 2012).

Por otra parte, se sabe que estructurar los ítems en forma de afirmación y de negación produce cambios en la puntuación del cuestionario. En general, el FFMQ reúne propiedades psicométricas favorables, en consonancia con su versión original en inglés (de Bruin, Topper, Muskens, Bögels, & Kamphuis, 2012b).

Se trata de un cuestionario autoadministrado. Las facetas son:

- Observar: notar experiencias internas y externas como sensaciones, emociones o pensamientos.
- Describir: etiquetar las experiencias con palabras.
- Actuar conscientemente: estar focalizado momento a momento, en la actividad como opuesto a actuar de forma mecánica.
- No juzgar la experiencia interna: tomar una postura no evaluativa hacia pensamientos y emociones.
- No reactividad a la experiencia interna: observar el libre flujo de pensamientos y emociones sin verse atrapado por ellos o sin rechazarlos.

Se puntúa según una escala Likert con un rango entre 1 (nunca o muy raramente verdad) y 5 (muy a menudo o siempre verdad). Dispone de una validación al castellano en población general y muestras psiquiátricas.

Encontramos mayores puntuaciones en sujetos con experiencia meditativa.

Como comentábamos, para el desarrollo del FFMQ se utilizaron cinco escalas de mindfulness ya existentes. La más utilizada era la escala MAAS. Todas ellas apenas se usan en la actualidad, porque se considera el FFMQ las engloba y supera.

- Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003)
- Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)
- Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006)
- Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ) (Chadwick et al., 2008)
- Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised (CAMS-R) (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007)

Se analizó si la estructura factorial de la versión de 15 ítems (FFMQ-15) era consistente con la del FFMQ-39, y si era estable con respecto a la MBCT, encontrando que ambas versiones de FFMQ no difirieron significativamente entre sí en términos de validez convergente, por lo que los hallazgos actuales apoyan el uso del FFMQ-15 como una medida alternativa en la investigación que requiere formas más breves (Gu et al., 2016).

Otras escalas utilizadas para medir el mindfulness son:

- Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008)
- Toronto Mindfulness Scale (TMS) (Lau et al., 2006)
- Experiences Questionnaire (EQ) (Fresco et al., 2007)
- Comprehensive Inventory of Mindfulness Experience (CHIME) (Bergomi, Tschacher, & Kupper, 2015)
- Non-attachment Scale (NAS) (Sahdra, Shaver, & Brown, 2010)

Bostanov and col, 2018, proponen un método psicofisiológico para la medición de la atención consciente aprendida a través de una terapia basada en la atención plena para personas que se someten a entrenamiento de meditación por primera vez.

Utilizaron los potenciales cerebrales relacionados con eventos (ERP) registrados en una tarea de meditación pasiva como medida del aumento de la atención plena. Probaron el método propuesto (terapia cognitiva basada en la conciencia MBCT, frente a terapia cognitiva TC) en un grupo de aproximadamente 70 participantes con depresión recurrente, concluyendo que dicho método psicofisiológico propuesto podría

convertirse en un componente importante de una "batería de pruebas de atención plena" (Bostanov, Ohlrogge, Britz, Hautzinger, & Kotchoubey, 2018).

Dada la extensa base de evidencia de la eficacia de la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) y la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT), se continúan explorando los mecanismos psicológicos que subyacen sobre el funcionamiento psicológico y el bienestar, evaluando la solidez y la consistencia de las pruebas e identificándose las más sólidas y consistentes para la reactividad cognitiva y emocional, otras moderadas y consistentes para la atención plena, la rumia y la preocupación, y por último, para la autocompasión y la flexibilidad psicológica, demostrándose evidencia en relación a la atención plena, rumia y preocupación como mediadores significativos de los efectos de los MBI en los resultados de salud mental (Gu, Strauss, Bond, & Cavanagh, 2015).

1.2.5 MBCT aplicado a la prevención de recaídas en depresión recurrente, depresión resistente al tratamiento o síntomas residuales.

Las tasas de recaída/recurrencia son tan altas como el 80% a lo largo de los dos primeros años en personas con tres o más episodios previos de depresión (M. J. Huijbers et al., 2012a).

Los antidepresivos de mantenimiento durante al menos dos años, son actualmente el tratamiento para prevenir recaídas, reduciéndolas en hasta 2/3 cuando lo toman correctamente. Sin embargo, hay mucha gente que por diferentes razones no mantiene la medicación por periodos indefinidos o no puede tolerar los efectos secundarios y están interesadas en alternativas a los medicamentos.

La terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) se desarrolló para prevenir la recaída en personas con trastornos depresivos.

Con respecto a los mecanismos de acción, los elementos específicos, como la atención plena, el pensamiento negativo repetitivo, la autocompasión, el afecto, y la reactividad

cognitiva se consideran importantes mecanismos de cambio (MacKenzie, Abbott, & Kocovski, 2018).

Diversos autores como Kuyken, Byford y Taylor, se preguntaron si entre los pacientes con depresión recurrente que reciben tratamiento con antidepresivos (ADM), MBCT es comparable al tratamiento de mantenimiento con dichos antidepresivos (m-ADM) en la prevención de recaídas, evidenciándose que MBCT fue más eficaz que m-ADM para reducir los síntomas depresivos residuales y la comorbilidad psiquiátrica y para mejorar la calidad de vida en los dominios físico y psicológico (Kuyken et al., 2008). El uso de ADM en el grupo MBCT se redujo significativamente, y el 75% suspendió completamente la medicación.

De forma similar, Segal et al, compararon la efectividad de medicamentos antidepresivos de mantenimiento, MBCT o placebo, de tal manera que los pacientes en remisión suspendieron sus antidepresivos y asistieron a 8 sesiones grupales semanales de MBCT, continuaron tomando su dosis terapéutica de medicamentos antidepresivos o suspendieron la medicación activa y se cambiaron a placebo. Para los pacientes deprimidos que logran una remisión clínica estable (Hamilton < 7) o inestable (Hamilton > 7), la MBCT ofrece protección contra la recaída / recurrencia al igual que los antidepresivos de mantenimiento, aunque se aconseja mantener al menos un tratamiento activo a largo plazo en los casos de remisión inestable (Segal et al., 2010).

Encontramos también evidencia en relación a la depresión resistente al tratamiento, observando, cómo pacientes deprimidos y que no habían respondido completamente a los tratamientos estándar, tuvieron una buena respuesta a MBCT, llegando a la eutimia (Kenny & Williams, 2007).

Hemos ido viendo la eficacia de MBCT en la prevención de recaídas en depresión recurrente, pero ¿resultaría el tratamiento combinado de MBCT y mADM más efectivo que mADM sólo? ¿Es mayor el riesgo de recaída / recurrencia en pacientes a los que se les retiran el mADM después de participar en MBCT, en comparación con aquellos que continúan usando mADM después de MBCT? (M. J. Huijbers et al., 2012a)?. Los hallazgos encontrados en este grupo de investigación sugirieron un mayor riesgo de recaída /

recurrencia en pacientes que se retiran de mADM después de MBCT (M. J. Huijbers et al., 2015; M. J. Huijbers, Spinhoven, Spijker, et al., 2016; M. Huijbers & Speckens, 2015).

De la misma manera, se lo plantearon en otro ensayo, en el que se comparó la MBCT frente a terapia de mantenimiento con antidepresivos, viendo si MBCT con apoyo para reducir el tratamiento con antidepresivos (MBCT-TS), era superior en la prevención de recaída o recurrencia durante 24 meses (Kuyken et al., 2014).

Un año más tarde no encontraron superioridad evidente de MBCT-TS frente al tratamiento antidepresivo de mantenimiento (44% frente al 47%), considerando que ambos tratamientos aportaban resultados positivos y duraderos en relación a recaída o recurrencia, síntomas depresivos residuales y calidad de vida (Kuyken, Hayes, Barrett, Byng, Dalglish, Kessler, Lewis, Watkins, Brejcha, et al., 2015; Werner, 2015).

De todos modos, Kuyken mantiene que la terapia cognitiva es mejor que la terapia de mantenimiento con medicación en reducir la tasa de recaída de la depresión, sugiriendo que podría ser una nueva elección para millones de personas con depresión e importante toma de medicación (Kuyken, Hayes, Barrett, Byng, Dalglish, Kessler, Lewis, Watkins, Morant, et al., 2015).

Mayor en su artículo publicado en la revista BMJ apoya el resultado anterior, concluyendo que la terapia basada en mindfulness es tan efectiva como los antidepresivos en la prevención de recaídas de la depresión (Susan Mayor, 2015; "Mindfulness keeps depression at bay as effectively as drugs.," 2015).

Además, a la hora de interpretar ciertos resultados, es importante tener en cuenta que los síntomas de abstinencia después de la discontinuación de los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son perjudiciales y prolongados, pudiendo haber interferido en los efectos terapéuticos de la MBCT. Por lo tanto sugieren llevar a cabo la reducción de dosis, seguido de un período de lavado más largo antes de iniciar la MBCT, manteniendo que el síndrome de discontinuación podría explicar la tasa de recaída del 44% en el estudio de Kuyken y colegas (Riemann, Hertenstein, & Schramm, 2016).

La investigación llevada a cabo por Kuyken, es el ensayo más grande de mindfulness y proporciona suficiente evidencia para respaldar MBCT-TS como alternativa a MADM, presentando una metodología sólida con altas tasas de adherencia, así como un seguimiento relativamente largo (M. Huijbers & Speckens, 2015).

Un estudio similar llevado a cabo con población escandinava, evaluó la efectividad de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) en atención primaria para pacientes con depresión, observando efectos similares o mayores en la reducción de los síntomas psiquiátricos, el aumento de la calidad de vida y el nivel de atención, que se mantuvo durante 14 meses, sugiriendo por ello la implementación de MBCT en atención primaria (Lilja, Zellerroth, Axberg, & Norlander, 2016).

Si tenemos en cuenta la preferencia de los pacientes en cuanto a medicación o mindfulness, los resultados se inclinan a mayor efectividad de mindfulness, apoyando de nuevo la aplicabilidad de la MBCT para la depresión recurrente (M. J. Huijbers, Spinhoven, van Schaik, Nolen, & Speckens, 2016).

En 2016, se publicó un estudio en relación al tiempo transcurrido hasta la recaída/recidiva en depresión recurrente, bien con discontinuación de antidepresivos después de MBCT, bien con MBCT + MADM. Dicho tiempo fue significativamente más corto después de la interrupción de MADM, por lo que los hallazgos encontrados en este estudio, sugieren un mayor riesgo de recaída / recurrencia en pacientes a los que se les retira el tratamiento MADM después de MBCT (M. J. Huijbers, Spinhoven, Spijker, et al., 2016).

Otro estudio investigó si la adición de MBCT a MADM era una estrategia de prevención más efectiva que la MADM sola, no encontrando diferencias significativas por lo que para esa selección de pacientes con depresión recurrente en remisión y uso de MADM durante 6 meses o más, MBCT no redujo aún más el riesgo de recaída / recurrencia o síntomas depresivos residuales (M. J. Huijbers et al., 2015).

Sin embargo, un estudio que comparó la MBCT con un módulo psicoeducativo, en pacientes que tras 8 semanas de tratamiento con antidepresivos no habían remitido, apoyó la superioridad de la MBCT frente a la psicoeducación (Chiesa et al., 2015).

En el caso también de depresión resistente al tratamiento, se comparó la MBCT con un programa de mejora de la salud (HEP), que incorporaba actividad física, movimiento funcional, musicoterapia y asesoramiento nutricional (Eisendrath et al., 2014), viendo cómo la MBCT se asoció con una reducción significativamente mayor en la gravedad de la depresión según la escala de Hamilton y con una tasa significativamente más alta de pacientes que respondieron al tratamiento (Eisendrath et al., 2016).

Un estudio similar, realizado un año más tarde, evaluó la efectividad comparativa de la MBCT versus una condición de control activo (ACC) (estructuralmente equivalente a MCBT, pero sin factores específicos de atención plena y terapia cognitiva, centrándose en el apoyo social) para la prevención de recaídas de depresión, la reducción de los síntomas depresivos y la mejora de la satisfacción con la vida. Ambos grupos experimentaron reducciones significativas e iguales en los síntomas depresivos y mejoras en la satisfacción con la vida (Shallcross et al., 2015).

¿Y qué ocurre con la práctica de atención plena formal e informal en casa en relación a la efectividad de la MBCT en prevención de recaída? ¿Influye esto en los resultados? Un estudio demostró que los participantes que realizaron prácticas formales en el hogar durante al menos 3 días a la semana durante la fase de tratamiento tenían casi la mitad de probabilidades de recaer que los que informaron de menos tiempo de práctica formal (Crane et al., 2014). El trabajo que realicemos en casa en este sentido, vemos que aporta un plus en la efectividad de los tratamientos, pero, ¿están las habilidades psicológicas metacognitivas, adquiridas en la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT), también presentes en los pacientes que reciben tratamientos con medicamentos para la prevención de recaídas depresivas? ¿Son estas habilidades las que median la eficacia de la MBCT?

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

En un ensayo de eficacia aleatorizado de MBCT, en el que tras 6-8 meses de tratamiento antidepresivo, durante una fase de mantenimiento de 18 meses, los pacientes:

- ✓ Suspendieron la medicación y recibieron MBCT,
- ✓ Continuaron con antidepresivos, o
- ✓ Fueron cambiados a un placebo.

se concluyó que, durante la fase de mantenimiento, solo los pacientes que recibieron MBCT mostraron aumentos significativos en la capacidad de observar y ser conscientes de los pensamientos y sentimientos, obteniendo puntuaciones más bajas en la Escala de calificación de Hamilton para la depresión a los 6 meses de seguimiento (Bieling et al., 2012).

La relación dosis-efecto entre la práctica de la atención plena y sus beneficios clínicos debería ser más investigada intentando establecer la duración del programa MBCT a través de internet para que sus beneficios pudieran compararse con la terapia presencial cara a cara (Segal & Walsh, 2016).

1.3 ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. Hace referencia a la manera de comer, practicar ejercicio, descansar, jugar, comportarse con los demás, dormir o trabajar, entre otros aspectos (Elswick, ODonnell, Dinon, & Rippe, 2011). Un estilo de vida saludable, puede tener un efecto antidepresivo (García-Toro, Ibarra, & Roca, 2013a, 2013b). En los países desarrollados, el estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población que influye de forma preponderante en las tasas de mortalidad (Márquez, Bustamante, Blissmer, & Prohaska, 2008).

La preocupación en relación al estilo de vida, ha ido cobrando importancia a lo largo de los últimos años. Sin embargo, el gasto dedicado a intervenciones sobre estilo de vida es muy escaso (Lopresti, Hood, & Drummond, 2013) Walsh, 2011).

La “medicina del estilo de vida” (Lenz, 2010), promueve intervenciones sobre el estilo de vida para reducir el riesgo de presentar una enfermedad crónica, así como para el manejo terapéutico de problemas de salud ya existentes.

Así, se está demostrando útil promover varios hábitos saludables simultáneamente debido a su acción sinérgica (Walsh, 2011). Las recomendaciones multimodales sobre estilo de vida más comunes se recogen en la tabla 5. (ACPM (American College of Preventive Medicine), 2009).

Tabla 5. Medicina del estilo de vida: recomendaciones generales de salud.
Adaptado del American College of Preventive Medicine, 2009

- Practicar alguna actividad física moderadamente intensa al menos 5 días por semana y preferiblemente cada día.
- Abandonar el hábito tabáquico (si es fumador).
- Moderar el consumo de alcohol: limitarlo a 20 g/día en varones y 10 g/día en mujeres.
- Reducir el peso corporal entre el 5% y el 10% (si sobrepeso u obesidad) Disminuir la ingesta calórica en 500 Kcal/día. Aumentar gradualmente la intensidad del ejercicio físico hasta 60 min/día.
- Asegurar una dieta equilibrada, variada y saludable:
 - ✓ Rica en vegetales y frutas: al menos 2 frutas/3 vegetales por día.
 - ✓ Seleccionar alimentos integrales, con alto contenido en fibra (al menos la mitad de cereales que sean integrales).
 - ✓ Limitar la ingesta de ácidos grasos saturados a menos del 10% de las calorías y de ácidos grasos trans (margarina, bollería, fritos) a menos del 1%.
 - ✓ Reducir el colesterol a menos de 300 mg/día, seleccionando carnes magras, alternativas vegetales y productos lácteos desnatados, y minimizando la ingesta de grasas parcialmente hidrogenadas.
 - ✓ Consumir pescado, en especial pescado azul, al menos 2 veces por semana.
 - ✓ Minimizar la ingesta de bebidas y comidas con azúcar añadido.
 - ✓ Limitar el consumo de sal (< 5 g/día) Beber suficiente agua (> 1,5 l/día).
 - ✓ Aumentar el bienestar emocional y mental
 - ✓ Presentar una actitud optimista y positiva ante la vida.
 - ✓ Gestionar efectivamente el estrés.
 - ✓ Dormir las horas de sueño adecuadas (7-9 h en adultos y mayores).

Como hemos comentado, el estilo de vida es de vital importancia en las enfermedades mentales, especialmente en los trastornos depresivos (M. Berk, Sarris, Coulson, & Jacka, 2013; O'Connor, Herring, & Carvalho, 2010).

Un programa de intervención en salud creado en la Universidad de Oregón llamado «Estilo de vida mediterráneo» (Toobert, Strycker, Barrera, et al., 2011) integra dieta mediterránea, actividad física frecuente, práctica de medidas de autocontrol del estrés y cuidado de la red social de apoyo y se ha aplicado con éxito en distintos problemas de salud como diabetes o patología cardiovascular (Toobert et al., 2007).

Nuestro grupo, partiendo del programa “Estilo de vida mediterráneo” descrito ha diseñado un programa adaptado al tratamiento de la depresión basado en realizar ejercicio físico, mejorar los hábitos alimentarios, tener una adecuada higiene de sueño y exponerse de forma precavida a la luz solar con resultados prometedores (García-Toro, Ibarra, Gili, Serrano, Oliván, et al., 2012; Garcia-Toro et al., 2013a, 2012; Gómez-Juanes, Roca, Gili, García-Campayo, & García-Toro, 2017; Hidaka, 2012).

1.3.1 Dieta

Son muchas las publicaciones que sugieren que una dieta poco saludable puede favorecer la aparición de una depresión y una dieta equilibrada puede disminuirlo (Aihara, Minai, Aoyama, & Shimanouchi, 2011; Beydoun et al., 2010; Chatzi et al., 2011; F. N. Jacka, Mykletun, Berk, Bjelland, & Tell, 2011; Kaner et al., 2015; Kuczmarski et al., 2010; Lassale et al., 2018; Molendijk, Molero, Ortuño Sánchez-Pedreño, Van der Does, & Angel Martínez-González, 2018; Tangney, Young, Murtaugh, Cobleigh, & Oleske, 2002).

Vemos cómo, principalmente las dietas poco equilibradas, con elevados carbohidratos y azúcares (Pereira-Da-Silva, Rego, & Pietrobelli, 2016; Zani et al., 2016), se relacionan con la aparición de la depresión en la población infantil y adolescente (Jacka et al., 2010; Jacka, Kremer, et al., 2011; Kohlboeck et al., 2012).

Así mismo, las personas con obesidad tienen un 55% más de probabilidades de desarrollar una depresión y las personas con depresión tienen un 58% de mayor riesgo de convertirse en obesas que las personas no deprimidas (Luppino et al., 2010),

El aumento de peso, la obesidad, el síndrome metabólico (MetS) y la baja adherencia a la dieta mediterránea son frecuentes en pacientes con depresión mayor, tendiendo a comer alimentos ricos en carbohidratos (L. Christensen, 1996), lo que se ha relacionado con el pronóstico, evidenciándose en un estudio el importante papel del MetS como factor clave que afecta negativamente al curso de la depresión (García-Toro et al., 2016).

Es interesante conocer cómo la obesidad puede contribuir directamente a los síntomas de la depresión, dado que el estado leve de inflamación crónica que se asocia habitualmente a la obesidad (Calder, 2006; Shoelson, Herrero, & Naaz, 2007) puede estar implicado en la patogénesis de la depresión (Raison et al., 2006; Raison et al., 2010).

¿Podría entonces una dieta saludable, aplicada a pacientes con obesidad predispuestos a la depresión, ayudar a prevenir dicha depresión?

Un interesante estudio MoodFood (Paans et al., 2018; Miquel Roca et al., 2016), demuestra que aquellas personas con sobrepeso que presentan síntomas subclínicos depresivos y antecedentes de depresión tienen mayor dificultad para controlar la ingesta alimentaria tanto cognitiva como emocionalmente, planteándose como objetivo terapéutico abordar las habilidades en la regulación emocional para modificar sus patrones alimentarios. Sin embargo, los resultados de este estudio no demostraron que las intervenciones sobre la conducta alimentaria pudieran prevenir la depresión (Bot et al., 2019).

Las claves para que las intervenciones se lleven a cabo pueden ser la simplicidad de las pautas, la adaptación a través de entrevistas motivacionales, la monitorización en las diferentes etapas, así como la provisión de una respuesta adecuada y apoyo social (Oliván-Blázquez et al., 2018).

El patrón dietético mediterráneo se caracteriza por las recomendaciones que aparecen en la tabla 6.

Tabla 6. Características de la Dieta mediterránea. Adaptado de: Estilo de vida y depresión. Ed. Síntesis, 2014

Aceite de oliva	Principal grasa de adición
Vegetales	A diario: frutas, verduras, hortalizas, legumbres y frutos secos.
Pan y otros alimentos procedentes de cereales	Deben formar parte de la alimentación diaria: pan, pasta, arroz y productos integrales
Alimentos frescos	Los alimentos pocos procesados, frescos y locales deben ser los más abundantes.
Carne roja	Con moderación y, si puede ser, como parte de guisados y otras recetas. Limitar el consumo de carnes procesadas.
Pescado	En abundancia. Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana.
Huevos	Con moderación. El consumo de huevos tres o cuatro veces a la semana es una buena alternativa a la carne y el pescado.
Fruta	La fruta fresca constituye el postre habitual.
Dulces y lácteos	Solo ocasionalmente dulces, pasteles y postres lácteos.
Bebidas	El agua debería ser la bebida por excelencia. El vino se ha de tomar con moderación y en las comidas.
Actitud en la comida	Comer sentado, despacio, tranquilo y, a ser posible, acompañado.

Este patrón lo constituyen principalmente un elevado consumo de aceite de oliva, frutas y frutos secos, cereales, legumbres, verduras y pescados, un bajo consumo de carnes

rojas y productos lácteos enteros y un moderado consumo de alcohol (García Toro, 2014).

Sabemos que la dieta mediterránea reduce el estrés oxidativo y ayuda a evitar patologías cardiovasculares u oncológicas, pero también contribuye en el tratamiento de la depresión (Serra-Majem, Roman, & Estruch, 2006), dado que incluye la aportación de micronutrientes relacionados, como los ácidos omega 3 (presentes en el aceite de oliva), vitaminas D y del grupo B o Selenio (Ibarra et al., 2015; Milaneschi et al., 2014; Sánchez-Villegas et al., 2013).

Así mismo, se ha evidenciado, cómo una dieta de estilo mediterráneo (MedDiet) suplementada con aceite de pescado, mejora la salud mental en adultos que sufren depresión (Parletta et al., 2017), a los 3 meses, manteniéndose a los 6 meses.

De hecho, los países mediterráneos con mayor ingesta de aceite de oliva, tales como España o Grecia (Byrd-Bredbenner, Lagiou, & Trichopoulou, 2000), tienen menor incidencia de depresión y menores tasas de suicidio (Birt et al., 2003; Dowrick et al., 2002).

Al comparar la dieta MIND (Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay), recomendada para retrasar el deterioro neurológico (cuyos principales componentes son verduras, frutos secos, arándanos, legumbres, cereales integrales, pescado, pollo, aceite de oliva, vino (una copa al día)), y la dieta mediterránea (y sus componentes), (Fresán et al., 2018), no se encuentra asociación entre la dieta MIND y la depresión incidente, relación que fue estadísticamente significativa para la dieta mediterránea, asociándose la reducción en el riesgo de depresión con un mayor consumo de frutas y nueces, consumo moderado de frutos secos, y mínimo en comida rápida / frita.

Omega 3

Los glicofosfolípidos cerebrales contienen un alto porcentaje de ácidos grasos poliinsaturados. Los principales son el ácido eicosapentaenoico, (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA), derivados del ácido graso omega 3 alfa-linolénico; y el docosatetraenoico (DTA), derivado del omega 6 linoleico (Bodnar & Wisner, 2005).

Dichos ácidos grasos poliinsaturados, son esenciales y no pueden ser sintetizados por el organismo humano.

La ingesta de omega-3 se ha asociado a una disminución de la incidencia de los trastornos mentales (Sanchez-Villegas et al., 2007), previniendo la aparición de la depresión, en el caso de dietas ricas en omega-3 (Appleton et al., 2007).

De hecho, estudios ecológicos demostraron que en los países con elevado consumo de pescado y por tanto de omega 3, como Japón, estaban asociados a una menor tasa de años de vida por discapacidad ajustados por edad para los trastornos depresivos (Grosso et al., 2014).

Si nos preguntamos cuál sería la dosis recomendada, un metaanálisis recoge en 2011, que las dosis adecuadas en suplementos alimenticios para el abordaje de la depresión son de 220 a 2.220 mg diarios de EPA y DHA (Sublette, Ellis, Geant, & Mann, 2011). No obstante, en el estudio MoodFood referenciado anteriormente, en el que se suplementaba a los pacientes con micronutrientes (entre ellos 1412 mg de omega 3), no se consiguió reducir el número de episodios depresivos del TDM a lo largo de 1 año de seguimiento.

Vitamina D

Encontramos estudios que defienden que las personas que presentan un episodio depresivo tienen menores niveles de Vitamina D en sangre en relación a la población general (Libuda et al., 2019; Milaneschi et al., 2014; Zhu et al., 2019), planteándose por ello la suplementación oral como estrategia antidepresiva teórica (Kerra et al., 2015; H. Li et al., 2019). No obstante, no está claro si dicha suplementación de Vitamina D puede ayudar a prevenir la depresión en la práctica (Bot et al., 2019; G. Li et al., 2014; Shaffer et al., 2014).

Hay que tener en cuenta también, la importancia del patrón estacional, en función de las horas de luz, a la hora de metabolizar la vitamina D.

Sabemos que hay una mayor incidencia de depresión durante los meses de otoño-invierno. Sin embargo, un estudio realizado en mujeres jóvenes, encontró cómo en

otoño, presentaron menor sintomatología depresiva, explicándose ello por los niveles más altos de vitamina D (Kerra et al., 2015).

Polifenoles

Al tomar en consideración las fuentes principales de los polifenoles, solo el consumo de vino y frutas cítricas se asoció inversamente con los síntomas depresivos. Una mayor ingesta de flavonoides en la dieta puede estar asociada inversamente con los síntomas depresivos, necesitando estudios adicionales para confirmar definitivamente estas asociaciones observadas (Godos, Castellano, Ray, Grosso, & Galvano, 2018).

En relación a **otros micronutrientes** que se han asociado con depresión, encontramos los siguientes estudios detallados en la tabla 7.

Tabla 7: Relación de otros micronutrientes con depresión

Micronutriente	Estudios	Relación con depresión
Ácido fólico	(Tolmunen et al., 2004) (Beydoun et al., 2010) (Bodnar & Wisner, 2005) (Sanchez-Villegas & Martí, 2009)	A menor ingesta, mayor probabilidad de depresión.
L-metilfolato	(Papakostas et al., 2012)	Su ingesta puede servir como coadyuvante, ante una respuesta nula o parcial a ISRS.
Zinc:	(Bodnar & Wisner, 2005; Vashum et al., 2014) (Swardfager et al., 2013)	Bajos niveles, pueden estar asociados con depresión. A menores niveles, mayor gravedad de la depresión.
Magnesio	(Derom et al., 2012)	No se encuentra relación entre la ingesta y el riesgo de depresión.
Selenio	(Ibarra et al., 2015)	El nivel de selenio correlaciona inversamente con la gravedad de la depresión.
Calcio	(Bae & Kim, 2012) (Miyake, Tanaka, Okubo, Sasaki, & Arakawa, 2015) (Bertone-Johnson et al., 2005)	La ingesta de calcio se ha relacionado inversamente con la depresión. Misma relación en embarazadas. A mayor ingesta, menor riesgo de padecer síndrome premenstrual.

1.3.2 Ejercicio físico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sedentarismo es el responsable del 6% de las muertes, y el cuarto entre los principales riesgos de mortalidad global (Córdoba et al., 2012), considerándose de gran relevancia en las sociedades desarrolladas donde constituyen uno de los principales problemas de salud pública (Hidaka, 2012).

Se ha estudiado la asociación entre sedentarismo y depresión, evidenciándose la utilidad del ejercicio físico como una opción más en el tratamiento antidepresivo (Harvey, Hotopf, Overland, & Mykletun, 2010; Teychenne, Ball, & Salmon, 2010).

Se han planteado diversos factores mediadores por los que el ejercicio físico puede contribuir en la prevención y tratamiento de la depresión. A nivel fisiológico es interesante observar cambios en los niveles de endorfinas y monoaminas o reducción de los niveles de cortisol (Duclos, Gouarne, & Bonnemaïson, 2003). Se sabe también, que el ejercicio estimula el crecimiento de células nerviosas y produce una mayor descarga de proteínas que pueden mejorar la salud y supervivencia de las mismas, como el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (FNDC, también conocido como BDNF, del inglés Brain-Derived Neurotrophic Factor) (Cotman, 2002; Ernst, Olson, Pinel, Lam, & Christie, 2006; Pereira et al., 2007).

En definitiva, sea de un modo u otro, el ejercicio físico puede mejorar el bienestar psicológico, combatir el estrés y prevenir y tratar muchos problemas médicos (Capdevila, Niñerola, & Pintanel, 2004).

Es por ello que existe un interés creciente en el uso del ejercicio en el tratamiento de la depresión lo que ha sido apoyado en una serie de revisiones sistemáticas y meta-análisis (Dinoff, Herrmann, Swardfager, Gallagher, & Lanctôt, 2018; Kurebayashi & Otaki, 2018; Kvam, Kleppe, Nordhus, & Hovland, 2016; Morres et al., 2019; Zou et al., 2018). Sin embargo, la naturaleza heterogénea de los ensayos de intervención con ejercicios dificulta la determinación de las variables apropiadas del programa (frecuencia, intensidad, duración y tipo de ejercicio) (Stanton & Reaburn, 2014a).

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

En relación a ello, un estudio aporta información acerca de que el ejercicio aeróbico a las dosis tradicionalmente recomendadas (17 kcal/kg/semana, realizado de 3 a 5 veces a la semana) mejora los síntomas de la depresión, mientras que el ejercicio a bajas dosis (7 kcal/kg/semana) no suele tener efecto alguno (Sørensen, Sørensen, Skovgaard, Bredahl, & Puggaard, 2011), En otra investigación se evidencia que el ejercicio aeróbico supervisado, de moderada intensidad, 3 veces/semana, al menos 9 semanas, es útil en el tratamiento de la depresión (Stanton & Reaburn, 2014a).

Es por ello, que tanto el National Institute of Clinical Excellence (NICE) británico como el National Institute of Mental Health estadounidense, o la Organización Mundial de la Salud recomiendan programas de ejercicio físico, bien para el tratamiento bien para la prevención de la sintomatología depresiva (tabla 6) (National Institute for Health and Care Excellence, 2013; Organización Mundial De La Salud, 2010; Rethorst, Wipfli, & Landers, 2009).

Tabla 8. Niveles recomendados de actividad física para la salud por la OMS 2010 (Organización Mundial De La Salud, 2010)

EDAD	TIPO ACTIVIDAD FÍSICA	RECOMENDACIONES
5-17 años	<ul style="list-style-type: none"> Juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados. Desarrolladas bien en familia, escuela o actividades comunitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> Mínimo de 60 min diarios de actividad física moderada o vigorosa. >60 min diarios beneficio aún mayor para la salud. En su mayor parte, aeróbica, y como mínimo 3 veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, los músculos y huesos.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

**18-64
años**

- Actividades recreativas o de ocio, desplazamientos, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados
- Actividades diarias, familiares y comunitarias
- 150 min semanales de actividad física aeróbica moderada, o
- 75 min semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o
- Combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- Sesiones de 10 min de duración, como mínimo
- Mayor beneficio para la salud si actividad aeróbica moderada hasta 300 min/sem o aeróbica intensa hasta 150 min/sem
- Dos veces o más por semana que lleven a cabo actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares

>65 años

- Actividades recreativas o de ocio, desplazamientos, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programado
- Actividades diarias, familiares y comunitarias.
- 150 min semanales de actividad física aeróbica moderada, o
- 75 min semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o
- Combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- Sesiones de 10 min de duración, como mínimo
- Mayor beneficio para la salud si actividad aeróbica moderada hasta 300 min/sem o aeróbica intensa hasta 150 min/sem
- En caso de movilidad reducida, realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, 3 días o más a la semana.
- Dos veces o más por semana que lleven a cabo actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares
- Si no es posible lo anterior, mantenerse físicamente activo

Sin embargo, solo un bajo porcentaje de la población cumple con las recomendaciones de ejercicio que dictan las guías de práctica clínica para la población sana, y existe variabilidad por parte de los médicos de Atención Primaria a la hora de prescribirlo a pesar de que cada vez hay más evidencia de que el ejercicio físico es recomendable en los casos de depresión leve-moderada (Gómez-Juanes et al., 2015).

Si tenemos en cuenta el perfil de pacientes de una unidad de agudos de psiquiatría, un estudio mostró la importancia de concretar las características del ejercicio, como son la

intensidad, frecuencia y tipo de ejercicio, para intentar paliar las deficiencias metodológicas de la mayoría de los estudios llevados a cabo en este campo. Tuvieron en cuenta el tipo de trastorno mental y en comparación con pacientes psicóticos, drogadictos y alcohólicos, los pacientes depresivos mostraron mayor interés en el ejercicio físico, practicando durante más tiempo (ciclismo y gimnasia moderada en este caso), mejorando considerablemente (Tordeurs, Janne, Appart, Zdanowicz, & Reynaert, 2011).

Por último, es importante incidir en la supervisión y adaptación gradual a las posibilidades del sujeto, especialmente en personas mayores, dado que no hacerlo supone una merma de sus posibilidades terapéuticas (Pfaff et al., 2014).

1.3.3 Sueño

El insomnio es uno de los principales motivos por el que se acude a las consultas médicas, lo cual supone un elevado coste tanto directo como indirecto (Ozminkowski, Wang, & Walsh, 2007).

En efecto, las alteraciones del sueño son un síntoma esencial en la depresión (Mendlewicz, 2009; Miró, Iáñez, & Cano-Lozano, 2002). Alrededor del 90% de los pacientes con depresión se queja en relación a su cantidad o calidad (Baglioni et al., 2011), pudiendo preceder al episodio depresivo, e incluso empeorar el pronóstico en cuanto al riesgo de recurrencia o de recaída (Michael Berk, 2009).

Así, vemos que las intervenciones dirigidas a mejorar los trastornos del sueño comórbidos mejoran significativamente los síntomas depresivos (Manber & Chambers, 2009), existiendo peor respuesta al tratamiento en casos de insomnio persistente y evidenciándose incluso un mayor riesgo de conducta suicida (Dombrovski et al., 2008).

Es fundamental recomendar una buena higiene del sueño a los pacientes con depresión, (Berger, van Calker, & Riemann, 2003). En esta línea, algunas técnicas comportamentales se han demostrado útiles para mejorar la calidad del sueño y se recogen sintetizadas en la siguiente tabla (Johnson, Sidani, & Epstein, 2015).

Tabla 9. Recomendaciones de higiene de sueño a la población (Johnson et al., 2015).

Ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar ejercicio ayuda a dormirse más rápido, conseguir un mayor porcentaje de sueño profundo y despertarse con menos frecuencia durante la noche. ✓ El ejercicio aeróbico, como caminar, suele ser suficiente. ✓ No lo realice en las tres horas antes de ir a dormir, pues a corto plazo tiene un efecto activador. ✓ La actividad sexual, puede tener un efecto activador o relajante, aconsejándose planificarla según los casos.
Cama	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solo para dormir y para tener relaciones sexuales. ✓ Ver la televisión en la cama o usar otras pantallas puede ser contraproducente.
Rutina a la hora de ir a dormir	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ir a dormir y despertarse a la misma hora en la medida de lo posible. ✓ Realizar actividades relajantes una hora antes (baño, meditación, infusión o leche caliente). ✓ Evitar discusiones, conflictos o trabajar en la cama. ✓ Si trasnocha más de lo previsto, no se levante al día siguiente excesivamente tarde, evitando así alterar su ciclo sueño/vigilia.
Características de zona de descanso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oscura. ✓ Relativamente fresca (temperatura ideal entre 19 y 23 grados). ✓ Tranquila y silenciosa.
Bebidas y comidas estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tome pocas bebidas o comidas estimulantes, especialmente por la tarde, absteniéndose completamente de ser sensible a ellas.
Medicación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se automedique en relación con el sueño. ✓ Consulte con un especialista que le aconsejará si está indicada, y de será así, sobre la forma más eficaz de tomarla durante el período de tiempo más corto posible.

Alcohol	<ul style="list-style-type: none">✓ Beba menos alcohol. Aunque pueda ayudarle a quedarse dormido, al ser depresor del sistema nervioso, el efecto desaparece a las pocas horas, lo que provoca que podamos despertarnos varias veces a lo largo de la noche, impidiendo un buen sueño.✓ El alcohol magnifica los ronquidos y otros problemas respiratorios relacionados con el sueño.
Cena	<ul style="list-style-type: none">✓ No se acueste hambriento, pero tampoco haga cenas copiosas.✓ Deje pasar dos horas entre el final de la cena e irse a la cama.✓ Procure no comer nada si se despierta a medianoche.
Siesta	<ul style="list-style-type: none">✓ Sí, pero cortas y solo si descansa bien de noche
Actitud ante el insomnio	<ul style="list-style-type: none">✓ No intente esforzarse por dormir.✓ Si al cabo de un rato de acostarse (quince o veinte minutos aproximadamente) no logra dormir, no pierda la paciencia dando vueltas; levántese de la cama y realice alguna actividad relajante (leer, escuchar música ...) o practique algún método de relajación y no vuelva de nuevo a la cama hasta que no note que le vence el sueño.

1.3.4 Exposición solar

Sabemos que la depresión estacional precisa ser tratada con luz, pero hay algunas revisiones que incluso consideran el uso de la luz en personas con depresiones no estacionales (Golden et al., 2005; Tuunainen, Kripke, & Endo, 2004).

Los países en los que por su latitud disfrutan de más días anuales soleados, tendrían la opción de sugerir la exposición a la luz solar de forma precavida a los pacientes con depresión (Karras et al., 2014).

La fototerapia consiste en exponer al paciente a la acción de luz artificial fluorescente que simule la luminosidad de un día soleado, considerándose un tratamiento estándar la exposición lumínica intensa, de 30 a 60 min y matutina (Lieverse et al., 2011).

Tabla 10. Algunas recomendaciones a pacientes con depresión para exponerse de forma segura a la luz solar (Ibarra, Estruch, & García-Toro, 2014; M. A. Serrano, Cañada, Moreno, & Gurrea, 2017).

Ventajas de la exposición a la luz	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumenta el tono vital y anímico
Riesgos a evitar de la exposición a la luz	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertermia por insolación o golpe de calor ✓ Melanoma ✓ Es recomendable utilizar siempre protección y no descuidar nunca la hidratación.
Actividades al aire libre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Llevar a cabo actividades laborales y de ocio en el exterior en contacto con la naturaleza.
Tiempo de exposición	<ul style="list-style-type: none"> ✓ varían en función de la latitud del lugar donde vivamos. ✓ En el área mediterránea <ul style="list-style-type: none"> - 10-15 minutos en verano al tener al menos el 25% de la superficie corporal expuesta al sol. - 2 horas en invierno, al tener solo el 10% de la superficie de la piel expuesta y ser la luz mucho menos intensa, - Afortunadamente se pueden acumular depósitos de vitamina, lo cual hace que no sea imprescindible cumplir estas recomendaciones todos los días.

1.3.5 Tratamientos multimodales

Sabemos que la depresión es un trastorno psicobiológico altamente debilitante, que afecta globalmente la vida de las personas que la sufren. La necesidad de tratamientos integrales eficaces se ve impulsada por las altas tasas de recurrencia y recaída, así como por la creciente demanda de enfoques holísticos que reconocen que la depresión es un problema multifactorial (Read, Sharpe, Modini, & Dear, 2017).

Teniendo en cuenta esto, en uno de los estudios revisados, se puso a prueba un programa de tratamiento multimodal grupal de 24 semanas para evaluar si la psicoeducación, la modificación del estilo de vida, la meditación y el entrenamiento de las habilidades mentales / corporales reducirían la sintomatología y mejoraban el equilibrio general y el bienestar en pacientes con depresión moderada, encontrando una disminución clínicamente significativa en el estado de ánimo deprimido y afecto negativo, así como una mejora también significativa en las medidas de afecto positivo y bienestar, manteniéndose a lo largo de seis meses (Little, Kligler, Homel, Belisle, & Merrell, 2009).

Ayoyando estas afirmaciones, otro estudio demuestra que el uso de terapias complementarias basadas en la modificación de aspectos clave del estilo de vida, pueden aliviar la gravedad de la depresión, pudiendo ser utilizados asociados a los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos de primera elección (D'Silva, Poscablo, Habousha, Kogan, & Kligler, 2012).

De la misma forma, un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, controlado, paralelo a dos brazos, en el que se le aconseja a los pacientes deprimidos que sigan cuatro recomendaciones adicionales sobre el ejercicio, la dieta, la exposición a la luz solar y el sueño, evaluándose antes y después del período de intervención de 6 meses (Garcia-Toro et al., 2010), apoya una mejor evolución de los síntomas depresivos, respuesta al tratamiento y menor prescripción farmacológica, por lo que se sugiere que las recomendaciones de estilo de vida se pueden usar como estrategia complementaria

efectiva al tratamiento con antidepresivos (García-Toro, Ibarra, Gili, Serrano, Oliván, et al., 2012).

Otra de las intervenciones que encontramos, es la llamada HLI (Health Lifestyle Interventions), tratándose de una intervención de estilo de vida saludable estandarizada, que incluye ejercicio, hábitos alimenticios, higiene del sueño y abandono del hábito de fumar para prevenir recaídas. Se comparó al tratamiento habitual, con un seguimiento de 12 meses, demostrando ser eficaz en la prevención de recaídas (Goracci et al., 2016).

Dichas intervenciones basadas en modificaciones del estilo de vida, son consideradas más accesibles y aceptadas (en relación al tratamiento convencional), pudiendo llegar a la población en mayor desventaja, que no suele recibir tratamiento en salud mental, encontrando evidencia de su eficacia, no solo a nivel de salud mental, sino también en relación a síntomas físicos, funcionalidad, autocuidado y calidad de vida (Burnett-Zeigler, Schuette, Victorson, & Wisner, 2016).

Así mismo, teniendo en cuenta una población de personas mayores de 60 años, vemos cómo existe una asociación significativa entre depresión y factores potencialmente modificables, reforzando el beneficio de las medidas preventivas para incentivar el estilo de vida saludable, actividades de ocio y ejercicio físico (Barcelos-Ferreira, Yoshio Nakano, Steffens, & Bottino, 2013)

Es importante tener en consideración la adherencia del paciente a estas recomendaciones de estilo de vida en pacientes con depresión, en la práctica clínica diaria, observando en uno de los estudios que los pacientes depresivos pueden seguir las recomendaciones de estilo de vida prescritas a corto plazo (García-Toro, Ibarra, Gili, Serrano, Vives, et al., 2012), teniendo la capacidad de promover la salud física y mental (García-Toro et al., 2014). No obstante, debemos tener en cuenta que el solo hecho de dar recomendaciones escritas sobre el estilo de vida no es suficiente para que los pacientes depresivos se beneficien de ellos, haciendo hincapié en la importancia de prestar apoyo suficiente a los pacientes y usar sistemas de monitorización de la intervención a la hora de llevarlo a cabo (Serrano Ripoll et al., 2015a).

1.4 TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TICs)

La Organización Mundial de la Salud, define la salud electrónica (e-salud) como el proceso por el cual los recursos de salud se comunican y transfieren por medio electrónico. Declara explícitamente que, con la implementación de la salud electrónica, es de esperar que haya un uso más eficiente de los recursos de salud en el futuro (M. W. B. Zhang & Ho, 2015).

Por otra parte, el término Intervención Momentánea Ecológica [EMI] hace referencia a tratamientos que se brindan a las personas durante su vida cotidiana (es decir, en tiempo real) y en entornos naturales (es decir, en el mundo real), para tratar una variedad de comportamientos de salud físicos y psicológicos. Con ello se pueden fomentar actividades y desarrollar habilidades de la misma forma que se ha venido haciendo (dándoles “tareas”), entre las sesiones de psicoterapia cara a cara (Heron & Smyth, 2010).

Varias disciplinas han adoptado las tecnologías en evolución, y lo han utilizado para áreas clave, como ayudar a controlar las enfermedades crónicas, facilitar programas de rehabilitación para pacientes o ayudar a los médicos en el diagnóstico (Lin, Ye, Wang, & Wu, 2018; Yousaf et al., 2019).

En psiquiatría estos avances tecnológicos se han utilizado en varias áreas, como la aplicación de mensajes de texto para reforzar el cumplimiento de la medicación en pacientes esquizofrénicos y también el uso de software basado en teléfonos inteligentes para facilitar la psicoeducación de síntomas en pacientes con esquizofrenia, desarrollándose e implementándose aplicaciones similares para pacientes con trastorno bipolar y ayudarles así a controlar sus estados de ánimo (M. W. B. Zhang & Ho, 2015).

En la reciente edición del British Journal of Psychiatry, se ha realizado un análisis en profundidad sobre cómo los psiquiatras podrían aprovechar lo mejor de esta revolución

tecnológica (Forrest, 2015; Heron & Smyth, 2010; Hill et al., 2017; Hollis et al., 2015; Tunney, Cooney, Coyle, & O'Reilly, 2017).

No obstante, hay que tener en cuenta que son necesarios estudios con mayor solidez y evidencia científica con respecto a las aplicaciones móviles publicadas (Anderson & Emmerton, 2016; Faurholt-Jepsen, Munkholm, Frost, Bardram, & Kessing, 2016).

La utilización del modelo de autocertificación, que se basa en las pautas de la Fundación Health On the Net (HON), ayudaría a determinar la confiabilidad y credibilidad de la información presentada en los sitios web en relación a la información médica (Boyer et al., 2017; Ranasinghe, Cabrera, Postel-Vinay, & Boyer, 2018).

Un equipo de investigadores en Australia propuso la escala de calificación de aplicaciones móviles, demostrando una buena consistencia interna y fiabilidad entre los evaluadores, ayudando a determinar la evidencia de las aplicaciones existentes (Domnich et al., 2016).

Existen una serie de barreras, cuando se trata de dar cobertura en salud mental a la población que lo requiere, como son:

- ✓ Número limitado de profesionales.
- ✓ Estigma asociado con el diagnóstico y el tratamiento.
- ✓ Tiempos de espera prolongados.
- ✓ Costes elevados.
- ✓ Barreras para el acceso, como el transporte y la ubicación de clínicas.

Por lo tanto, las intervenciones para la depresión a través de Internet pueden proporcionar una solución práctica para abordar algunas de estas barreras.

En los últimos años se han expandido las plataformas online que se destinan a la identificación, prevención y tratamiento de los problemas de salud mental, observándose que son altamente efectivos, eficientes y coste-efectivos incluso en el seguimiento posterior (Andersson & Cuijpers, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010; Azarang, Pakyurek, Giroux, Nordahl, & Yellowlees, 2018; Batterham et al.,

2015; H. Christensen, Reynolds, & Griffiths, 2011; Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid, 2014; B. Klein, Meyer, Austin, & Kyrios, 2011), existiendo una gran variabilidad de programas disponibles en la web.

No obstante, muchos de ellos han sido desarrollados para población general de adolescentes o adultos y pocos enfocados en poblaciones especiales. La minoría de los programas mostraban evidencia en apoyo de su eficacia y el tratamiento de los síntomas depresivos (Renton et al., 2014).

Así, encontramos en ellos una serie de ventajas e inconvenientes (Callan, Wright, Siegle, Howland, & Kepler, 2017; Cuijpers, Kleiboer, Karyotaki, & Riper, 2017; Custodio, Herrera, López, & Moreno, 2012; Heron & Smyth, 2010; Ovreteit et al., 2017).

1.4.1 Ventajas

- ❖ Facilidad de acceso, estando la intervención disponible en cualquier momento.
- ❖ Portátiles.
- ❖ Alcance más amplio.
- ❖ Mayor sensación de privacidad, comodidad y aceptación de la intervención.
- ❖ Menor estigma.
- ❖ En algunos casos, permite que la cantidad de sesiones de terapia se reduzca, con una eficacia de tratamiento similar.
- ❖ Menor coste.
- ❖ Se puede adaptar automáticamente el contenido en función de las características de los participantes o las respuestas de evaluación, demostrándose con ello, una mejor aceptación del mensaje y disposición al cambio.
- ❖ Pueden realizar tareas básicas y repetitivas (por ejemplo, practicar entrenamiento de relajación), permitiendo a los médicos hacer un uso más

efectivo de su tiempo y centrarse en los aspectos complejos de la atención, lo que reduce considerablemente el costo de la intervención.

1.4.2 Inconvenientes

- ❖ Más costes "iniciales" que los métodos más tradicionales.
- ❖ Requieren un tiempo considerable para que los investigadores y clínicos configuren los sistemas y enseñen a los pacientes a usar los dispositivos.
- ❖ Quedan por resolver cuestiones metodológicas, estadísticas, prácticas y éticas.
- ❖ Aún no está claro cómo las características a nivel de la persona (por ejemplo, edad, educación, familiaridad con la tecnología) pueden influir en la disposición de las personas para recibir tratamiento mediante TICs, y se necesita investigación adicional, prestando más atención al diseño de la misma en los estudios que prueban su eficacia.
- ❖ Aún no es ampliamente aceptado, y mucho menos adoptados, en entornos clínicos.

En relación a este último inconveniente, en atención primaria, se ve una falta de compromiso, con un bajo porcentaje de participantes que completan todas las sesiones asignadas, abandonando fácilmente. Es el caso de pacientes con síntomas de depresión leve a moderada, en un estudio en el que los pacientes recibían apoyo con el uso de materiales basados en internet (*Computerised self help for depression in primary care*, 2015).

Sin embargo, en otro de los ensayos clínicos realizados, las tasas de abandono eran bajas en relación con el abandono de los sitios web de acceso abierto, siendo los predictores de adherencia (H. Christensen, Griffiths, & Farrer, 2009):

- ✓ La gravedad de la enfermedad.
- ✓ La duración del tratamiento.
- ✓ La cronicidad.

- ✓ La edad (Castro et al., 2018).
- ✓ La salud percibida (factor predictivo negativo de adherencia) (Castro et al., 2018),

Por tanto, es destacable el desarrollo de modelos teóricos de adherencia.

Pero no solo se trata del abandono por parte de los pacientes, sino que también existen factores que influyen en la disposición del médico para incorporar intervenciones ambulatorias basadas en tecnología, como la falta de conocimiento técnico, la inversión en costos y tiempo, el ajuste de roles y el escepticismo del valor de la tecnología (Heron & Smyth, 2010).

1.4.3 Intervenciones en depresión aplicadas mediante TICs.

Se trata de intervenciones que han demostrado ser eficaces para la prevención, el tratamiento o los síntomas residuales de la depresión. En la mayoría de los casos, son intervenciones online, siendo todos ellos ensayos clínicos controlados y aleatorizados.

Dentro de este apartado, se incluirán por un lado intervenciones llevadas a cabo en población general, especificando las que corresponden a población adolescente y por otro lado las ensayadas en la práctica clínica, especificando también en el caso de depresión resistente, profesionales de la salud, así como las que corresponden al ámbito de atención primaria.

1.4.3.1 *Población general*

Hemos ido viendo cómo la depresión es altamente prevalente, afectando a más del 15% de la población adulta al menos una vez en la vida. Se han llevado a cabo varios estudios investigando la efectividad y rentabilidad de diferentes tratamientos basados en internet, con adultos que informan síntomas depresivos.

A continuación, vemos cómo se han desarrollado y llevado a cabo ciertos programas basados en internet en la mejora de síntomas depresivos.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

Tabla 11. Intervenciones online en población general

ECA	Tamaño muestral	Intervención	Variable principal	Seguimiento	Resultado
(H. Christensen, Griffiths, & Jorm, 2004)	N=525 (166 psicoeducación; 182 CBT; 178 placebo)	MoodGym, basada en TCC. Bluepages, basada en psicoeducación.	Síntomas depresivos (CES-D)	Post-intervención	Ambos programas son efectivos en la reducción de síntomas depresivos.
(Warmerdam, van Straten, & Cuijpers, 2007)	Población general	CCT, 8 lecciones semanales vs PST, 5 lecciones semanales vs WL (reciben la intervención 3 meses después)	Síntomas depresivos (> o = 16 CES-D)	5, 8, 12 semanas y 9 meses	Eficacia de la PST, como alternativa a otras opciones de tratamiento más intensivas.
(Bolier et al., 2013)	N=284	“Psyfit” aptitud física en línea, basado en psicología positiva	MHC-SF OMS-5	2 y 6 meses	La intervención mejora el bienestar y puede reducir los síntomas de depresión.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

(Derek Richards et al., 2014)	Protocolo. Comunidad irlandesa.	“Space from Depression”, basado en CBT de 7 módulos, con apoyo semanal iCBT vs WL	Síntomas depresivos (Inventario Depresión de Beck-II)	8 semanas, 3 y 6 meses	Pendiente. Presentación de protocolo. Evaluar la efectividad de la intervención
(D. Richards et al., 2015)	N = 96 con síntomas depresivos N = 92 grupo control	“Space from Depression”, basado en CBT de 7 módulos, con apoyo semanal iCBT vs WL	Síntomas depresivos (Inventario Depresión de Beck-II)	8 semanas, 3 y 6 meses	Se demuestra la eficacia del tratamiento, evidenciándose cambios estadísticamente significativos en los síntomas.
(Giosan et al., 2016)	N=50+50	Intervención basada en CCT vs WL	Factores de vulnerabilidad cognitiva según CCT Nivel de sintomatología depresiva.	4 semanas	Intervención basada en TCC pueden prevenir la depresión en población no clínica.
(Mak, Chio, Chan, Lui, & Wu, 2017)	N= 213 post-intervención N=127 a los 3 meses	iMIND vs iCBT	Medidas de salud física y mental	Post-intervención y 3 meses	Ambos programas mejoran la salud mental, manteniéndose a los 3 meses.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable vs un programa basado en mindfulness aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

(Mak et al., 2018)	N= 508 post-intervención N=349 a los 3 meses	Comparación entre Mindfulness-based, self-compassion, and cognitive behavioral psychoeducation mobile apps	Medidas de salud mental	Post-intervención y 3 meses	Eficacia de las intervenciones en mejorar la salud mental.
(Wahbeh, 2018)	N=50 (55-80 años)	IMMI (6 semanas) vs WL	Síntomas depresivos	7 semanas	Mejoría de síntomas depresivos en relación a los controles.
(Joyce, Shand, Bryant, Lal, & Harvey, 2018)	N=29	Resilience@Work Mindfulness Program. Programa de entrenamiento en resiliencia basado en Mindfulness. 6 sesiones.	Resiliencia	Post-intervención	Incremento en los niveles de resiliencia.
(Viskovich & Pakenham, 2018).	N=130 Estudiantes universitarios	“YOLO” (You Only Live Once), basado en terapia de aceptación y compromiso, durante 4 semanas.	Depresión, ansiedad, bienestar, autocompasión, satisfacción con la vida.	Post-intervención	Los resultados apoyan dicho programa.

Notas: PST Problem Solvin Therapy; WL Waitlist; CCT Cognitive Conductual Therapy; MHC-SF Mental Health Continuum-Short Form; WHO-5 Well-being Index; iMIND Internet-based mindfulness training program; iCBT Internet-based cognitive-behavioral training program; IMMI Internet Mindfulness Meditation Interventio

Vemos cómo los programas han demostrado su eficacia, basándose cinco de las intervenciones señaladas en terapia cognitiva conductual, otras cinco en Mindfulness, centrándose una de ellas en actividad física y psicología positiva.

1.4.3.2 *Prevención de depresión en adolescentes*

Si nos centramos en un grupo de población más específico, como es el caso de los adolescentes, encontramos programas de prevención de la depresión, que tienen como objetivo, conectar a jóvenes en riesgo.

La mayoría de las intervenciones se basan en la terapia cognitivo conductual, evidenciándose reducciones posteriores a la intervención en los síntomas de ansiedad y / o depresión, por lo que se puede decir que los programas basados en Internet para la depresión de niños y adolescentes, resultan efectivos (Hoek et al., 2011; Saulsberry et al., 2013).

A continuación, se detallan algunos de ellos:

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

Tabla 12. Intervenciones online para la prevención de depresión en adolescentes.

ECA	Tamaño muestral	Intervención	Variable principal	Seguimiento	Resultado
(Van Voorhees et al., 2008)	N=84	BA+ programa de internet vs MI+ programa de internet (intervenciones conductuales)	Síntomas depresivos CES-D.	Pre y post intervención.	Disminuye el estado de ánimo depresivo y se fortalecen factores de protección para la depresión.
(Van Voorhees et al., 2009)	N=84	BA+ programa de internet vs MI+ programa de internet (intervenciones conductuales)	Síntomas depresivos CES-D.	12 semanas	Disminuye el porcentaje de pacientes con síntomas de depresión
(Hoek, Schuurmans, Koot, & Cuijpers, 2009)	Población general de 12-18 años	PST vs WL	Síntomas depresivos.	3 semanas 5 semanas 4 meses 8 meses 12 meses	Se demuestra que la PST reduce los síntomas de la depresión, siendo interesante poder implementar la intervención en la práctica clínica.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable vs un programa basado en mindfulness aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

(Hoek, Schuurmans, et al., 2012)	N=45	PST vs WL	Síntomas depresivos.	3 semanas 5 semanas 4 meses	Los síntomas depresivos disminuyeron en ambos grupos. Sin embargo, el grupo de PST no fue eficaz en comparación con WL.
(Hoek et al., 2011)	N=84	BA + CATCH-IT vs MI+ CATCH-IT (intervenciones conductuales)	Síntomas depresivos.	6 meses	Las puntuaciones de síntomas depresivos disminuyeron desde el inicio hasta las 6 semanas, manteniéndose de forma significativa a los 6 meses
(T. G. Gladstone et al., 2015)	N=234 (se esperaban 400)	CATCH-IT vs HE	Tiempo hasta episodio depresivo. Síntomas depresivos CES-D.	2,6,12,18 y 24 meses.	Presentación del protocolo del estudio. Prevención de trastornos mentales como la depresión.
(T. Gladstone et al., 2018)	N=369	CATCH vs HE	Tiempo hasta episodio depresivo. Síntomas depresivos CES-D.	2,6,12,18 y 24 meses	Disminución de síntomas depresivos en ambos grupos. CATCH puede ser mejor que HE para prevenir episodios depresivos.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

(Saulsberry et al., 2013)	N=44	MI + programa de internet vs BA + programa de internet	Síntomas depresivos.	Inicio y 1 año tras la inscripción.	Reducciones sostenidas de estado de ánimo depresivo en ambos grupos. Reducción de la probabilidad de ser diagnosticado de episodio depresivo, más efectiva en MI.
(K. Richards et al., 2016)	N=44	BA + CATCH-IT vs MI+ CATCH-IT	Síntomas depresivos.	2 años y medio	Evidencia de reducciones sostenidas en el estado de ánimo depresivo (mostrados anteriormente los resultados al año; Saulsberry et al., 2013).
(Robinson et al., 2016)	N=21	Programa de 8 módulos sobre prevención del suicidio entre estudiantes de secundaria, sin grupo control.	Ideación suicida, depresión y desesperanza.	Inmediatamente después de la intervención	Reducciones significativas en la ideación suicida, síntomas depresivos y desesperanza.

Notas: CATCH-IT Competent Adulthood Transition with Cognitive Behavioral Humanistic and Interpersonal Training; HE Health Education; MI Motivational Interview; BA Brief Advice; CES-D Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; PST Problem Solving Therapy; WL waiting-list.

De nuevo vemos como en general, las diferentes intervenciones son capaces de reducir la sintomatología depresiva.

1.4.3.3 Intervenciones en la práctica clínica

A continuación, se describen diferentes programas que comparan la efectividad clínica y la rentabilidad de diferentes terapias aplicadas mediante TICs de forma coadyuvante a la atención médica habitual, frente a ésta última por sí sola. La configuración de Internet como intervención permite ampliar las intervenciones preventivas que existen en salud mental.

Tabla 13. Intervenciones online en relación a la depresión en la práctica clínica

ECA	Tamaño muestral	Intervención	Variable principal	Seguimiento	Resultado
(Andersson et al., 2005)	N=57	Terapia basada en TCC+ grupo vs WL	Síntomas depresivos	6 meses	La TCC por internet debería ser propuesta como tratamiento complementario o alternativo en depresión leve-moderada.
(Burns et al., 2011)	N=8	Mobilyze Incluye intervención ecológica momentánea y detección de contexto.	Síntomas depresivos (criterios diagnósticos de depresión mayor)	8 semanas	Eficacia de Mobilyze en depresión unipolar.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

(Titov et al., 2011)	N=77	“The Wellbeing Program”, basado en TCC, psicoeducación, activación conductual, exposición gradual, terapia centrada en soluciones y prevención de recaídas.	PHQ-9	10 semanas	Eficacia de TCB en el tratamiento de la depresión.
(Dimidjian et al., 2014).	N=100	“Mindful Mood Balance” (MMB) 8 sesiones, contenido central de MCBT vs TAU	Severidad de los síntomas depresivos, rumiación, conciencia plena, compromiso con el programa.	6 meses	Reducción significativa de la gravedad de SRD.
(Kenter, Cuijpers et al., 2016)	N=269	PST vs WL	CES-D	8 semanas	La PST no es más eficaz que recibir un libro de autoayuda durante el período de lista de espera.
(Sander et al., 2017)	N=406	IMI “eSano BackCare-DP”, basada en TCC, para prevención de la depresión en	SCID	1 año	Pendientes. Si resulta efectiva, la intervención podría integrarse en la atención de rutina con costos mínimos

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable vs un programa basado en mindfulness aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

pacientes con dolor crónico de espalda vs TAU

y extenderse para su uso con otras enfermedades crónicas.

					Pendiente
(Giosan et al., 2017)	N=220	Intervención activa (basado en TCC, 6 semanas) vs placebo (versión simulada de la aplicación, 6 semanas) vs intervención diferida (acceso tras 6 semanas)	Cuestionario de salud del paciente PHQ-9	6 semanas	Destacar la importancia de incluir una condición activa de placebo.
(Lüdtke, Pult, Schröder et al., 2018)	N=9	“Be Good to Yourself” 4 semanas vs WL	Reducción de síntomas depresivos (PHQ-9).	Post intervención (4 semanas)	Efecto pequeño en la reducción de síntomas depresivos. Hay que tener en cuenta que el 39% no utilizó la aplicación con frecuencia, siendo importante aumentar la motivación.
(Kladnitski, Smith, Allen et al., 2018)	N=22	Mindfulness-Enhanced iCBT intervention (práctica formal e informal incorporada a iCBT)	Distress (K-10), ansiedad (GAD-7), depresión (PHQ-9), mindfulness (FFMQ) bienestar (WEMBWS)	3 meses	Factibilidad de la integración de las dos intervenciones, al mejorar la sintomatología.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable vs un programa basado en mindfulness aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

(Derek Richards et al., 2018)	Servicio de Berkshire NHS Trust IAPT Talking Therapies	iCBT de 8 semanas vs WL	Ansiedad y los síntomas depresivos utilizando GAD-7 y PHQ-9, respectivamente	8 semanas y a los 3, 6, 9 y 12 meses	Pendiente. Impacto y coste-efectividad de la intervención inmediato y a largo plazo. Mejorar la provisión de servicios, pudiendo extenderse a otros.
(Compen et al., 2018).	N=245	Eficacia comparativa entre MBCT vs eMBCT vs TAU	Angustia Psicológica en la escala de ansiedad y depresión del hospital	Inicial y posterior a la intervención.	Menor estrés psicológico tras MBCT y eMBCT en comparación con TAU.

Notas: PST Problem Solvin Therapy; WL Waiting-List; IMI Internet Mobile Intervention; TAU Treatment As Usual; iTAU Improvement Treatment As Usual; SCID Structured Clinical Interview for DSM; PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9; iCBT Internet cognitive behaviour therapy; TCC terapia cognitivo conductual; MBCT Mindfulness Based Cognitive Therapy; SRD Depression Residual Symptoms; PANAS Positive and Negative Affects Schedule; PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9. Evalúa la intensidad de la depresión; Health Survey, estado de salud percibido; EuroQoLI-5D, calidad de vida; FFMQ Five Facet mindfulness Questionnaire; BDI Beck Depression Inventory; CES-D Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; SCID Structured Clinical Interview for DSM; IMI Internet- and mobile-based intervention

Se demuestra la eficacia de las intervenciones, recomendándose su implantación como tratamiento complementario, señalando así mismo el interés en estudiar el coste-efectividad de algunas de ellas.

1.4.3.4 *Depresión resistente*

Como hemos ido comentando, la depresión mayor es una de las enfermedades más debilitantes en términos de calidad de vida y menos de la mitad de los pacientes que sufren de depresión pueden lograr la remisión después de un tratamiento antidepresivo adecuado.

La guía NICE del 2004, consideraba depresión resistente aquella que no respondía tras dos tratamientos farmacológicos a una dosis y tiempo adecuados. Esta definición fue también la propuesta por el estudio STAR*D (*Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*) del *US National Institute of Mental Health's* (NIMH). Sin embargo, la actualización de la guía NICE del 2009 considera como depresión resistente, aquella que no responde o lo hace de manera parcial, considerando diferentes escalones en el tratamiento de la depresión.

A continuación, se muestra una pequeña tabla en la que un grupo de investigación, presentan y evalúan una intervención en ofrecida a pacientes que no han logrado la remisión. El programa se denomina "Kokoro", que significa mente en japonés. Se basa en TCC, incluyendo habilidades cognitivas conductuales de autocontrol, activación conductual y reestructuración cognitiva, mostrándose la efectividad del mismo, como valor añadido al tratamiento con antidepresivos.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

Tabla 14. Intervención online en depresión resistente.

ECA	Tamaño muestral	Intervención	Variable principal	Seguimiento	Resultado
(Watanabe et al., 2015)	N=164	“Kokoro-App”, programa TCC, 9 semanas	Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) Inventario de depresión de Beck-II	1,5 y 9 semanas	Evaluar el posible valor añadido de un programa de TCC, para la depresión resistente al tratamiento.
(Mantani et al., 2017)	N=164 (81 cambio de AD + intervención; 83 cambio de AD)	“Kokoro-App”, programa TCC, 9 semanas	Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) Inventario de depresión de Beck-II	17 semanas	Se demuestra la eficacia de la intervención (accesibilidad, asequible, control de calidad y efectividad), considerando su uso complementario en el tratamiento de la depresión resistente.
(Furukawa et al., 2018)	N=164	“Kokoro-App”, programa TCC, 9 semanas	Análisis secundario de cómo los usuarios de teléfonos inteligentes con TCC usan y se benefician de varios componentes del programa.	Las mismas	Los pacientes más beneficiados por el programa, completaron más tareas de activación conductual, participando en diferentes tipos de actividades y completando más hojas de trabajo de reestructuración cognitiva

1.4.3.5 Profesionales de la salud

Si se pretende implementar intervenciones efectivas basadas en TICs para la depresión en la práctica clínica de rutina, es necesario tener en cuenta las diferentes expectativas de los profesionales de la salud y de los pacientes (Jesús et al., 2015).

Si tenemos en cuenta también los estudiantes, sabiendo que las aplicaciones móviles y basadas en la web mitigan el estrés, el agotamiento, la depresión y la ideación suicida (Pospos et al., 2018), encontramos cinco categorías de programas con efectividad significativa:

- Terapia cognitiva conductual.
- Meditación.
- Atención plena.
- Respiración.
- Técnicas de relajación.

Así mismo, vemos los recursos basados en las categorías anteriores, es decir, aplicaciones para detectar estrés, agotamiento, depresión y suicidio, diseñadas para fomentar el bienestar y reducir el agotamiento, la depresión y el riesgo de suicidio entre los trabajadores de la salud, como son:

- Respiración (Breath2Relax).
- Meditación (espacio de cabeza, audios de meditación guiada).
- Terapia cognitivo-conductual basada en la web (MoodGYM, estrés Gym).
- Aplicaciones de prevención de suicidio (Stay Alive, Virtual Hope Box).

Como ejemplo de ello, en la Escuela de Medicina de la Universidad de Warwick, el plan de estudios del primer año incluyó sesiones de atención plena, recibiendo posteriormente correos electrónicos de tutores capacitados con recursos en línea, así como acceso gratuito a www.themindfulnesssummit.com y www.soundstrue.com. (Platts & Morgan, 2018).

1.4.3.6 *Intervenciones en Atención Primaria*

En relación a estudios específicos en Atención Primaria, encontramos un meta-análisis en el que se seleccionan 8 estudios, focalizándose en la terapia cognitivo-conductual computarizada, con o sin apoyo del terapeuta, concluyendo que la implementación de CCBT con apoyo del terapeuta en entornos de atención primaria podría mejorar la eficiencia del tratamiento, reducir los costos y mejorar el acceso a un tratamiento eficaz. Sin embargo, en dicho estudio el CCBT autoguiado no ofrece beneficios sobre la atención primaria habitual (Wells et al., 2018).

Así mismo, en otro de los estudios realizados en Atención Primaria, vemos como de una muestra de 641 (obtenidos de la base de datos de @ktiv-trial.), a los que se les preguntaban sus preferencias en relación al tipo de tratamiento, la mayoría preferían psicoterapia, hablar con amigos y familiares y hacer ejercicio. Aproximadamente uno de cada cinco pacientes consideraba intervenciones basadas. Los pacientes más jóvenes se inclinaban mucho más por la psicoterapia y las intervenciones basadas en Internet que los pacientes mayores. Por tanto, se considera relevante el considerar dichas preferencias en Atención Primaria.

En cuanto a ensayos clínicos controlados y aleatorizados, destacan las intervenciones detalladas en la siguiente tabla (tabla 15).

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

Tabla 15. Intervención en Atención Primaria (ECA).

ECA	Tamaño muestral	Intervención	Variable principal	Seguimiento	Resultado
(Perini, Titov, & Andrews, 2009)	N=45	“Sadness programme”, Ca CCBT	Síntomas depresivos (BDI)		Eficacia demostrada en la prevención de depresión subclínica, leve, moderada y severa. El “Sadness programme” es efectivo
(A. D. Williams & Andrews, 2013)	N=359	“Sadness programme”, Ca CCBT	Síntomas depresivos (PHQ-9)		cuando lo prescriben los profesionales de atención primaria y es consistente con un marco de atención escalonada rentable.
(Montero-Marín et al., 2016)	N=296	“Smiling is fun” (basado en TCC) LITG+ITAU vs CSG+ITAU vs ITAU	Síntomas depresivos (BDI)	3 meses	Beneficio sobre ITAU en el Sistema de Salud de Atención Primaria en España.
(Romero-Sanchiz et al., 2017)	N=296	“Smiling is fun”, basado en TCC	Evaluación económica (estudio anterior).	12 meses	Utilidad demostrada en relación a coste/efectividad en comparación con el grupo control.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

(Littlewood et al., 2015)	N total=691 210 Beating the Blues, 242 MoodGYM 239 TAU	Dos intervenciones basadas en c CBT (Beating the Blues, MoodGYM) + TAU vs TAU	PHQ-9	4, 12 y 24 meses	Los beneficios de la cCBT cuando se añade al tratamiento habitual fueron mínimos, y la aceptación de este modo de terapia fue relativamente baja.
(Gilbody et al., 2017)	N total=369 N=187 N=182	cCBT con ayuda telefónica (MoodGYM) vs cCBT (MoodGYM) con mínima ayuda	(PHQ)-9), (GAD)-7) (PHQ-15)	4 y 12 meses	La ayuda telefónica en cCBT hace que la depresión mejore más rápidamente, siendo el efecto comparable a otras intervenciones de baja intensidad.

Notas: LITG Low Intensity Therapy Guide; CSG Complete Self-Guide; ITAU Improvement Treatment As Usual; BDI Beck Depression Inventory; Ca CCBT Clinician-assisted computerized cognitive behavioural treatment

De la misma manera que se evidenciaba en la práctica clínica en general, las intervenciones señaladas ensayadas en atención primaria han demostrado su eficacia y efectividad (salvo el estudio de Littlewood) y en algunas de ellas (Smiling is fun) su coste/efectividad, recomendando su implantación en los servicios de salud.

2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Como hemos ido viendo, existen multitud de intervenciones aplicadas mediante tecnologías de la información y comunicación (TICs) que han demostrado ser útiles principalmente en los casos de depresión leve y moderada (Gilbody et al., 2017; D. Richards et al., 2015).

Las más comunes son la terapia cognitivo conductual (TCC), programas de autoayuda, psicoeducación y terapia cognitiva basada en mindfulness (Kladnitski et al., 2018; Littlewood et al., 2015; Mantani et al., 2017) .

Por otra parte, sabemos que existen aún puntos oscuros en este campo de investigación, por ejemplo, los estudios habitualmente se hacen a partir de una muestra limitada en un solo Centro. Además, no se han comparado estos programas entre sí en las mismas condiciones de aplicación, de forma que pudiéramos saber cuáles de ellos son más útiles para los pacientes con Depresión.

En base a lo anterior se propone comparar un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable, frente a un programa basado en mindfulness, ambos aplicados mediante TICs a pacientes con Depresión Mayor en varios Centros de Atención Primaria.

Mindfulness se considera una intervención multicompetente, dado que las personas que se adhieren a ella (25% de los que hacen el curso introductorio), además de aumentar sus rasgos y actitudes mindful, modifican su estilo de vida en un sentido saludable y beneficioso para el curso de la depresión (Cheng, Lee, Mar, Huang, & Chang, 2019; Murphy et al., 2019).

Por tanto, comparar Mindfulness con Estilo de vida saludable, puede ayudar a aclarar si los beneficios a medio plazo (6-12 meses) de Mindfulness, son mayores de los de proponer modificar únicamente el estilo de vida, dado que aquí no se espera ningún cambio en rasgos y actitudes mindful (García-Toro, Vicens, García-Campayo, & Gili, n.d.; Nymberg et al., 2018) .

3 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

La intervención propuesta: Mindfulness + ITAU (Improved Treatment As Usual, Tratamiento habitual mejorado), aplicada mediante TICs, será más efectiva para mejorar la sintomatología depresiva, en relación a la intervención estilo de vida + ITAU en Atención Primaria (AP), incluso 12 meses después de finalizadas las intervenciones.

3.2 OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la eficacia antidepresiva en Atención Primaria de dos intervenciones psicológicas de baja intensidad (Mindfulness y Estilo de vida saludable) aplicadas a través de tecnologías de la información y la comunicación, que han mostrado previamente mejoras significativas en el tratamiento de la depresión leve y moderada en contextos clínicos especializados.

3.3 OBJETIVO SECUNDARIO

Evaluar la mejoría de la calidad de vida. Generar conocimiento que pueda ser incluido en las guías clínicas de tratamiento de la depresión en atención primaria.

4 MÉTODO

4.1 MUESTRA

Los Médicos de Atención Primaria eran quienes reclutaban los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. Explicaban las características del estudio para que el paciente decidiera si quería participar voluntariamente. El reclutamiento se realizó de forma consecutiva hasta completar el tamaño muestral. Las comunidades autónomas implicadas fueron Andalucía, Aragón, Baleares y Comunidad Valenciana en el marco de un proyecto multicéntrico (número expediente PI13/01171, anexo 1)

4.1.1 Criterios de inclusión

- 1.- Edad: Mayores de 18 años.
- 2.- Diagnóstico DSM-5 de Depresión Mayor o Trastorno Depresivo Persistente.
- 3.- Gravedad de la depresión leve o moderada (puntuaciones menores a 14 puntos en el Patient Health Questionnaire, PHQ-9).
- 4.- Duración de los síntomas depresivos 2 meses o más.
- 5.- Entender perfectamente español hablado y escrito.
- 6.- Otorgar consentimiento informado.

4.1.2 Criterios de exclusión

- 1.- Sufrir otra enfermedad que afectase al SNC (patología orgánica cerebral o que haya sufrido un traumatismo craneoencefálico de cualquier gravedad, demencia, etc.).
- 2.- Otro diagnóstico psiquiátrico o enfermedad psiquiátrica grave (dependencia y abuso de sustancias, antecedentes de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastornos de alimentación, etc.) a excepción de patología ansiosa o de trastornos de la personalidad.
- 3.- Presencia de enfermedad médica, infecciosa o degenerativa grave no controlada, que pudiera interferir en la sintomatología afectiva.

4.- Presencia de ideas delirantes o alucinaciones congruentes o no con el estado de ánimo en el momento del estudio.

4.1.3 Tamaño muestral

A partir de la revisión de los resultados de ensayos clínicos anteriores que han utilizado las intervenciones que se proponen en el presente proyecto, para una desviación estándar de 9.8 (van Aalderen et al., 2012), una media en el grupo mindfulness de 10.3 y de 16.12 en el grupo estilo de vida saludable (Chalder et al., 2012) y aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta $< 0,2$ en un contraste bilateral y asumiendo una proporción de pérdidas en el seguimiento del 25%, necesitaríamos 60 participantes en cada grupo , es decir, 120 sujetos en nuestro estudio.

4.2 PROCEDIMIENTO

4.2.1 Entrevista basal

Cuando el MAP identificaba a un participante potencial, le informaba sobre el estudio (anexo 4) y si estaba interesado en participar le solicitaba firmar un consentimiento informado (anexo 5).

El MAP cumplimentaba un formulario de referencia (anexo 3), indicando que el paciente cumplía criterios y le entregaba un folleto de presentación del estudio y la hoja de información del paciente. Enviaba por fax al investigador local la hoja de referencia y el formulario de permiso del paciente.

Los investigadores evaluadores se ponían en contacto con el participante para establecer las citas pertinentes. Algunos pacientes podían preferir posponer su decisión de participar en el estudio, en cuyo caso el MAP les entregaba entonces información del mismo y la forma de contactar con nuestro equipo investigador (mediante teléfono, mail, o dejando sus datos en la página web) (anexo 4). Cuando los investigadores evaluadores citaban al paciente, le contestaban a las dudas sobre el estudio, asegurándose de que había firmado el consentimiento de evaluación para su inclusión y que había leído la hoja de información y comprendía los tipos de intervención.

Seguidamente, se determinaba su inclusión en el estudio a partir de las pruebas psicológicas relacionadas con los criterios de inclusión (Inventario neuropsiquiátrico MINI para la depresión, PHQ-9 y variables sociodemográficas) (anexos 6, 9 y 10).

Si cumplían con los criterios, se contactaba con una persona ajena al grupo investigador, perteneciente a REDIAPP (Red de Investigación sobre Actividades Preventivas y Promoción de la Salud), que no participó en el estudio. Realizaba la aleatorización individual asignando cada paciente a uno de los cuatro grupos usando una secuencia de números aleatorios generada por ordenador, utilizando como método un teléfono central e informaba de la rama de tratamiento asignada. En ese momento se recogían los datos basales y se realizaba una entrevista motivacional presencial con el objetivo de disminuir los abandonos (anexos 7 y 8).

La aleatorización se hizo por bloques en los cuatro centros, intentando seleccionar 60 pacientes en cada centro de manera que se aleatorizara 60 pacientes en cada rama, evaluando para este estudio la rama del grupo de mindfulness y la intervención sobre estilo de vida saludable (figura 1).

Una vez aleatorizados, se enviaron las claves de usuario y contraseña de la plataforma online para que pudiesen entrar y rellenar el resto de las medidas de evaluación en formato online y tener así una primera impresión del programa online (módulo de bienvenida).

Se citó a los pacientes a una primera sesión presencial, en la que se les explicó el tratamiento, motivándoles para el cambio y entrenándoles en el uso de la plataforma online.



Figura 1. Diagrama de flujo del estudio: Aleatorización, muestreo y valoración de pacientes.

4.2.2 Entrevista post-intervención, a los 6 y a los 12 meses

Una vez concluida la intervención online se realizó la valoración clínica (PHQ-9, SF-12 y PANAS). En ambas intervenciones, se llevó a cabo tras un período de un mes, tiempo estimado que tardaban en completar los programas. Posteriormente se hizo el

seguimiento a los 6 y 12 meses, recibiendo los pacientes un aviso por correo electrónico para que rellenasen los cuestionarios online (PHQ-9, EuroQol-5D, SF-12, PANAS, PHI y FFMQ). Si esto no ocurría, los investigadores contactaban telefónicamente y cumplimentaban los cuestionarios por teléfono.

Tabla 16. Instrumentos cumplimentados en los diferentes momentos de la evaluación.

	Pre-intervención	Post- intervención	6 meses	12 meses
PHQ-9	✓	✓	✓	✓
SF-12	✓	✓	✓	✓
PANAS	✓	✓	✓	✓
EuroQol-5D	✓		✓	✓
FFMQ	✓		✓	✓
PHI	✓		✓	✓

4.2.3 Diseño del estudio

Ensayo clínico pragmático multicéntrico aleatorizado en 2 grupos paralelos. Se diseñó la intervención, se adaptó a dispositivos online y posteriormente se realizó el ensayo clínico controlado aleatorizado; estudiamos una muestra de N=120 pacientes con depresión leve a moderada reclutados en Atención Primaria. Se les asignó aleatoriamente a programa psicoeducativo de estilo de vida saludable + Tratamiento Habitual mejorado (Improved Treatment As Usual, ITAU) o Programa basado en Mindfulness + ITAU. Este estudio forma parte de un ensayo clínico aleatorizado en el que se incluyeron otras dos ramas de tratamiento independiente de este estudio.

Todos los pacientes incluidos (cualquiera que fuera el grupo de tratamiento asignado al azar) fueron tratados por sus médicos de Atención Primaria, siendo el tratamiento habitual mejorado porque el médico de familia participante recibió un programa de entrenamiento basado en la Guía Española para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria (Fernández et al., 2006). En caso de riesgo de suicidio, disfunción social grave o empeoramiento de los síntomas, recomendábamos derivar al paciente a los servicios de salud mental. En la práctica, TAU en Atención Primaria es cualquier tipo de tratamiento administrado por el médico al paciente con depresión.

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

El formato de la intervención (tanto en una como en otra), constó de una sesión presencial en grupo de 90 minutos de duración, que tuvo como objetivo la explicación de la estructura que se iba a seguir, motivar a los participantes para el cambio y explicar los componentes principales del tratamiento y de los 4 módulos de intervención online individual e interactiva, que se sustentaba con material multimedia (vídeos, audio, etc.). Los pacientes debían acceder a la web <https://www.psicologiaytecnologia.com/> (imágenes 1, 2, 3 y 4).

Psicología y Tecnología

USUARIO
CONTRASEÑA
¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA? ENTRAR

¿QUÉ ES? OBJETIVO ¿QUIÉN SE PUEDE BENEFICIAR? ¿QUIÉNES SOMOS?

La salud es uno de los bienes más preciados que tenemos, es importante cuidarla y promoverla.

Durante años, la investigación científica en psicología ha desarrollado intervenciones psicológicas que han demostrado ser eficaces para tratar distintos trastornos y también para abordar diversos aspectos psicológicos que afectan a las personas que sufren enfermedades. En la actualidad ya es posible aplicar algunos de esos programas a través de Internet.

Psicología y Tecnología contiene programas de tratamiento para distintos problemas de salud mental y física, que pueden ser aplicados en función de las necesidades específicas de cada persona, paso a paso, y adaptándose al ritmo del usuario, desde casa o desde cualquier lugar con acceso a Internet. Algunos de ellos son auto-aplicados y otros requieren, en menor o mayor medida, el apoyo de un profesional, en menor o mayor medida.



Todos los programas incluidos en Psicología y Tecnología utilizan técnicas basadas en la evidencia científica y han sido desarrolladas por clínicos expertos, y sometidos a prueba en estudios empíricos.

Psicología y Tecnología es una plataforma online dirigida a:

- Personas que sufren algún tipo de trastorno o problema psicológico.
- Personas que padecen enfermedades físicas que afectan a su estado psicológico.
- Personas que no sufren ningún trastorno, pero que quieren mejorar su salud mental.
- Profesionales de la salud que quieran hacer uso de los protocolos de evaluación e intervención psicológica basados en la evidencia en su propia práctica clínica.

Si deseas más información acerca de alguno de estos programas, contacta con nosotros a través de info@labpsitec.com.

Imagen 1. Pestaña “Qué es la web Psicología y Tecnología”

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria



Imagen 2. Objetivo



Imagen 3. ¿Quién se puede beneficiar?

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria



Imagen 4. Autores de la web

Los 4 módulos se llevaron a cabo en 4 semanas y fueron de corte cognitivo-conductual. La estructura de los módulos fue siempre el mismo esquema: empezaban con la explicación de los contenidos del módulo, después se proponía la realización de una serie de ejercicios y a continuación se realizaban las preguntas de autocomprobación para ver si se había comprendido lo que se había explicado. En el caso de que el usuario no acertara alguna de las preguntas, inmediatamente el programa le proporcionaba el feedback correcto con una sencilla explicación. El módulo finalizaba con la propuesta de las tareas para casa con el objetivo de practicar lo que se había aprendido. Además, antes de empezar cada módulo, también se comprobaba si la persona había realizado las tareas propuestas y se respondía felicitando a la persona o animándola a realizarlas. La realización de dichas tareas era muy importante para afianzar todo lo aprendido en el programa y que las estrategias que ofrecía el programa se convirtieran en habilidades. Un aspecto importante era la posibilidad de que la persona pudiera repasar el contenido de los diferentes módulos.

El programa fue concebido para tener una duración de entre 4-8 semanas. Cada cierto tiempo sin acceder al programa (tiempo que se podía programar) el usuario recibía un correo de recordatorio para que siguiera adelante con la realización de los módulos. El

clínico podía modificar el periodo de tiempo que tenía que pasar sin entrar para recibir dicho recordatorio.

4.2.3.1 *Programa psicoeducativo de estilo de vida saludable*

Dicho programa integró la explicación de la importancia para la salud física y mental de llevar a cabo ejercicio físico regularmente, de la dieta mediterránea, una adecuada higiene de sueño y de la importancia de exponerse a la luz solar. Se dieron pautas concretas sobre todo ello. Este formato de programa fue previamente diseñado en la Universidad de Oregón por el equipo de Deborah Toobert y empleado con éxito en pacientes diabéticos y con patología coronaria (Toobert, Strycker, Barrera, et al., 2011; Toobert, Strycker, Glasgow, Barrera, & Angell, 2005; Toobert, Strycker, Hampson, et al., 2011).

Los módulos online fueron los siguientes:

Módulo 1. El principio de un cambio de estilo de vida: este módulo tenía como objetivo enseñar la importancia de un estilo de vida saludable para mejorar la salud emocional y el bienestar general y para ofrecer recomendaciones estructuradas de higiene y alimentación. El paciente aprendía a identificar conductas saludables y de riesgo, y reconocía los obstáculos más comunes que evitaban que los pacientes deprimidos adoptaran un estilo de vida saludable (imágenes 5 y 6).

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

1. La importancia del estilo de vida saludable

El **estilo de vida** es el conjunto de actitudes y comportamientos que tenemos cada uno de nosotros, ya sea de forma individual o cuando estamos con otros, para satisfacer nuestras necesidades. Las personas, desde la infancia, vamos adquiriendo hábitos y conductas que poco a poco forman lo que será nuestro estilo de vida. Estos patrones de conducta se aprenden de los padres, hermanos, amigos o por la influencia de la escuela, los medios de comunicación, etc. A lo largo de la vida, estas conductas se van modificando a partir de todo lo que vamos aprendiendo, por tanto, no son fijas y se pueden cambiar.

A continuación, te lo resumimos en un vídeo:

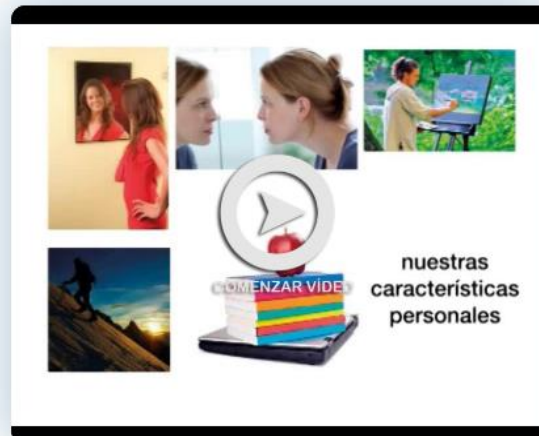


Imagen 5. La importancia de un estilo de vida saludable.

¡Recuerda! Adquirir este estilo de vida es un proceso que necesitará tiempo hasta convertirse en un hábito. Durante este programa nos centraremos en cuatro recomendaciones que te recomendamos realices de la forma que a ti te sea posible, poco a poco y adaptándolas a tu día a día, hasta conseguir llevarlas a cabo. Hasta que se incorporen en tu vida cotidiana, hasta que se conviertan en nuevos hábitos saludables. Te puedes descargar el documento de las recomendaciones y ponerlas en un lugar visible. Estas recomendaciones son:



Imagen 6. Recomendaciones a seguir.

Módulo 2. Actividad física. Aprender a avanzar: este módulo se centraba en la activación del comportamiento al enseñar la importancia de "seguir adelante" y hacer ejercicio regularmente para mejorar el estado de ánimo. En este módulo, el objetivo principal era proporcionar información de estilo de vida sobre los ejercicios más recomendados para mejorar el estado de ánimo y capacitar al paciente en el aprendizaje. Este programa proporcionaba información para comprender los procedimientos para aumentar la motivación, comenzar a relacionar la salud física y mental y estar más activo, y para mantener esta actividad regularmente (imagen 7).

Este vídeo resume lo que implica la actividad física:



En resumen, hacemos actividad física cada vez que movemos nuestro cuerpo.

Imagen 7. Actividad física.

Módulo 3. Dieta. Aprender a comer: este módulo estaba dedicado a enseñar la importancia de la dieta para lograr una buena salud física y mental, y el papel de la Dieta Mediterránea en la prevención y el tratamiento de la depresión. Para este propósito, se analizaban los obstáculos para mantener una dieta saludable (imagen 8).

2. La dieta mediterránea

Aparte de conocer los nutrientes que debemos ingerir por separado, también es aconsejable conocer diferentes patrones de alimentación, ya que así los nutrientes beneficiosos pueden interactuar entre sí y aumentar su beneficio en nuestra salud.

Un ejemplo de patrón de alimentación es la **dieta mediterránea**. Esta dieta posee una serie de propiedades que, según diversos estudios, ayudan a prevenir enfermedades tanto físicas, como mentales, por ejemplo, trastornos del estado de ánimo, como la depresión o la ansiedad.



A continuación te dejamos un pdf en el que podrás encontrar una serie de recomendaciones para seguir esta dieta.

Dieta mediterránea 

Imagen 8. Dieta mediterránea.

Módulo 4. Dormir. La importancia de dormir bien: este módulo proporcionaba información para comprender la relación entre el sueño y la salud general. El paciente era entrenado para desarrollar estrategias para mejorar el sueño (imagen 9).

El sueño, además de ser importante para nuestra salud, está muy relacionado con nuestro bienestar físico y emocional, así pues, alteraciones en el sueño, producen cambios en el estado de ánimo y uno de los síntomas bastante habituales en la depresión y otros trastornos psicológicos es el insomnio. No conocemos qué es causa y qué es consecuencia, lo que sí sabemos es la importancia de una buena calidad del sueño para nuestra salud, sobre todo nuestra salud emocional.

Por ello, los contenidos de este módulo son:



Imagen 9. Sueño y factores relacionados

4.2.3.2 Programa de intervención basado en mindfulness

Tenía como objetivo la reducción de la sintomatología depresiva por medio del desarrollo de la atención plena (mindfulness). Para ello, se consideró necesario subrayar los beneficios de la atención plena y de las prácticas que ayudan a desarrollarla, así como de las prácticas de autocompasión.

La sesión presencial incluía el ejercicio de la uva pasa (para dar a conocer a la gente qué es mindfulness de forma experiencial), (imagen 10),



Imagen 10. Ejercicio de la pasa.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

el ejercicio de la respiración (considerado fundamental en mindfulness), (imagen 11),



Imagen 11. Técnica de mindfulness en la respiración.

y el ejercicio de los 3 minutos (que puede realizarse en cualquier momento del día y realizando cualquier actividad) (imagen 12),



Imagen 12. Práctica de los 3 minutos.

En los cuatro módulos de la intervención online se incluyeron componentes de mindfulness-based cognitive therapy (MBCT; Segal et al., 2006). Éste es un modelo de terapia cognitiva clásica combinado con el modelo MBSR (mindfulness-based stress reduction) de Kabat-Zinn (2007). Existe amplia evidencia, en forma de meta-análisis, que avala la eficacia de este tipo de intervención en el trastorno depresivo (Khoury et al., 2013). De hecho, la MBCT está recomendada por la NICE británica como tratamiento de elección en la depresión recurrente (NICE, 2009).

Módulo 1. Se planteó la importancia de establecer una práctica habitual de mindfulness. Para ello, además de revisar las actividades de la sesión presencial, se repasó la práctica de la respiración y se abordaron técnicas de defusión cognitiva (imágenes 13, 14 y 15).



Imagen 13. Qué es mindfulness.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria



Imagen 14. Beneficios de la práctica de mindfulness.



Imagen 15. Técnica de descentramiento o defusión cognitiva.

Módulo 2. Se pretendió que este módulo ayudara a la persona a ver la importancia de los valores para mantener de forma habitual una práctica como mindfulness. También se incluyó la práctica del escáner corporal (imagen 16).



Imagen 16. Escáner corporal.

Módulo 3. En este módulo se planteó la importancia de establecer no solo una práctica formal de meditación, sino también una práctica habitual de tipo informal. Para ello se enseñaron diferentes técnicas como la de meditar caminando y se repasó la práctica de los 3 minutos (imágenes 17 y 18).

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

The screenshot shows a web application interface with a header 'Psicología y Tecnología' and a logo 'EDITAR'. A sidebar on the left contains a menu with 'BIENVENIDA', 'CONTENIDOS', 'EJERCICIOS', 'AUTOEVALUACIÓN', and 'TAREAS PARA CASA'. The main content area is titled '4. La práctica informal' and contains the following text:

Hasta aquí, has aprendido la práctica de atención plena, que es un tipo de meditación formal. Como ya hemos visto, la práctica formal consiste en una meditación en un lugar y momento específico. La práctica informal, en cambio, se realiza en cualquier momento del día, cuando estamos haciendo nuestras actividades diarias.

A continuación puedes ver este vídeo, que te enseñará cómo realizar la práctica informal de atención plena o *mindfulness*.

Below the text is a video player showing a man meditating with the text 'Mindfulness Prácticas Informales' overlaid.

Imagen 17. Práctica informal

The screenshot shows a web application interface with a header 'Psicología y Tecnología' and a logo 'EDITAR'. A sidebar on the left contains a menu with 'BIENVENIDA', 'CONTENIDOS', 'EJERCICIOS', 'AUTOEVALUACIÓN', 'TAREAS PARA CASA', and 'FIN'. The main content area is titled '2. Introducir mindfulness en la vida diaria' and contains the following text:

El objetivo de la práctica de *mindfulness* no es meditar sentado, o en determinados momentos específicos, sino ser capaz de utilizar el estado mental de la atención plena en la vida diaria de forma continua. Este proceso es el que más cambios produce en el individuo, tanto a nivel psicológico, como físico. No es sencillo aplicar la atención plena en la vida diaria. Seguro que en muchas ocasiones has intentado estar muy atento a lo que sucedía, usando simplemente la fuerza de voluntad. Este bienintencionado método te habrá permitido mantener la atención uno o varios minutos con suerte, pero enseguida habrás quedado atrapado en la vorágine del mundo y quizás varias horas después recordarás que estabas intentando estar atento y que te costaba.

Below the text is a photograph of a man and a woman walking outdoors, smiling and talking.

Imagen 18. Mindfulness en la vida diaria

Módulo 4. Este módulo ayudó a la persona a estructurar una práctica habitual de mindfulness que pudiera mantener indefinidamente. Además, incluyó una práctica muy potente, la de autocompasión, que por sí mismo ha demostrado eficacia (Neff & Germer, 2013) (imágenes 19 Y 20).



Imagen 19. Práctica de la compasión.



Imagen 20. Práctica de la meditación en la bondad.

4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES E INSTRUMENTOS APLICADOS

En la medida de lo posible el MAP era ciego al brazo de intervención que correspondía a cada paciente, ya que su intervención debía basarse solo en la práctica habitual.

Se realizaron 4 evaluaciones: momento basal, post -tratamiento, a los 6 y a los 12 meses.

4.3.1 Variable principal

De acuerdo con los objetivos del estudio, la variable principal fue la intensidad de la sintomatología depresiva medida con el Patient Health Questionnaire–9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001).

4.3.2 Variables secundarias

- Variables secundarias sociodemográficas: se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: género, edad, estado civil, convivencia, nivel de estudios, situación laboral y nivel de ingresos.
- Entrevista MINI (Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional) (D. D. Sheehan et al., 1998).
- Positive and Negative Affects Schedule (PANAS) (Sandín et al., 1999; Watson et al., 1988).
- SF-12 Health Survey (Gandek et al., 1998; Ware et al., 1996).
- Cuestionario EuroQoL-5D (EQ-5D - versión en español) (Badia, Roset, Herdman, & Kind, 2001). En el momento basal se analizó únicamente la Visual Analogic Scale (VAS) antes de iniciar el programa, a los 6 y a los 12 meses.
- Cuestionario FFMQ Five Facet mindfulness Questionnaire FFMQ, que unifica los cuestionarios más habitualmente utilizados en mindfulness en un solo instrumento. Se considera la escala más completa para medir el mindfulness y la más utilizada en investigación (Baer et al., 2006; Cebolla et al., 2012).

4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis los realizamos mediante el uso del paquete estadístico R 3.5.1 con el fin de someter a prueba las distintas hipótesis planteadas en el presente estudio.

Las variables cualitativas fueran descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), mientras que para las cuantitativas se estimaron medias y desviaciones estándar.

Para determinar la homogeneidad de los dos grupos (Estilo de vida y Mindfulness) en la situación basal, se aplicaron pruebas basadas en la Chi cuadrado para las variables cualitativas nominales (Pearson o Fisher), la prueba de Jonckheere-Terpstra para variables cualitativas ordinales y la de la t de student para las cuantitativas continuas.

Con el objetivo de determinar el posible beneficio de algunas de las intervenciones sobre las puntuaciones de los cuestionarios administrados, se estimaron modelos lineales mixtos, los cuales tenían como variable independiente la puntuación del cuestionario en los diferentes momentos del tiempo y como variables dependientes las potencias del tiempo hasta el orden 3 (lineal, cuadrático y cúbico) y el grupo asignado al paciente.

Estos modelos tienen la fortaleza que tienen en cuenta la variabilidad del tiempo, del individuo y de la intervención sobre la puntuación de los diferentes cuestionarios.

Además, al utilizarse datos con medidas repetidas y utilizar el tiempo como variable dependiente, logra que no tengamos datos perdidos, pues cada sujeto aporta las medidas de las que tiene registro.

Tras estimación de los modelos, se comprobaron sus hipótesis básicas mediante gráficos de residuos (forma funcional, homocedasticidad y normalidad) y se representó el efecto de las diferentes intervenciones en el tiempo mediante gráficos cartesianos.

El error tipo I fue fijado en un 5% y de cada parámetro relevante se calculó su intervalo de confianza asociado.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Obtuvimos consentimiento informado de los participantes antes de que fueran asignados a un grupo de tratamiento. Previamente se les había informado de los objetivos y características del estudio por escrito. El estudio se desarrolló según las normas nacionales e internacionales (Declaración de Helsinki y Tokio). El protocolo del estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de cada Comunidad Autónoma participante (anexo 2). Los datos fueron tratados de forma anónima y solo se destinaron para los objetivos del estudio. Se garantizó la confidencialidad de los sujetos incluidos en el estudio conforme lo que dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999 del 13 de diciembre, LOPD).

5 RESULTADOS

Fueron reclutados 108 pacientes de los 120 que teníamos como objetivo durante el tiempo disponible debido a la dificultad en algunos centros de atención primaria para seleccionar candidatos para el estudio.

Se asignaron de forma aleatoria 54 pacientes (50% de la muestra) al grupo de estilo de vida y 54 al grupo de mindfulness (50%) (Figura 2).

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

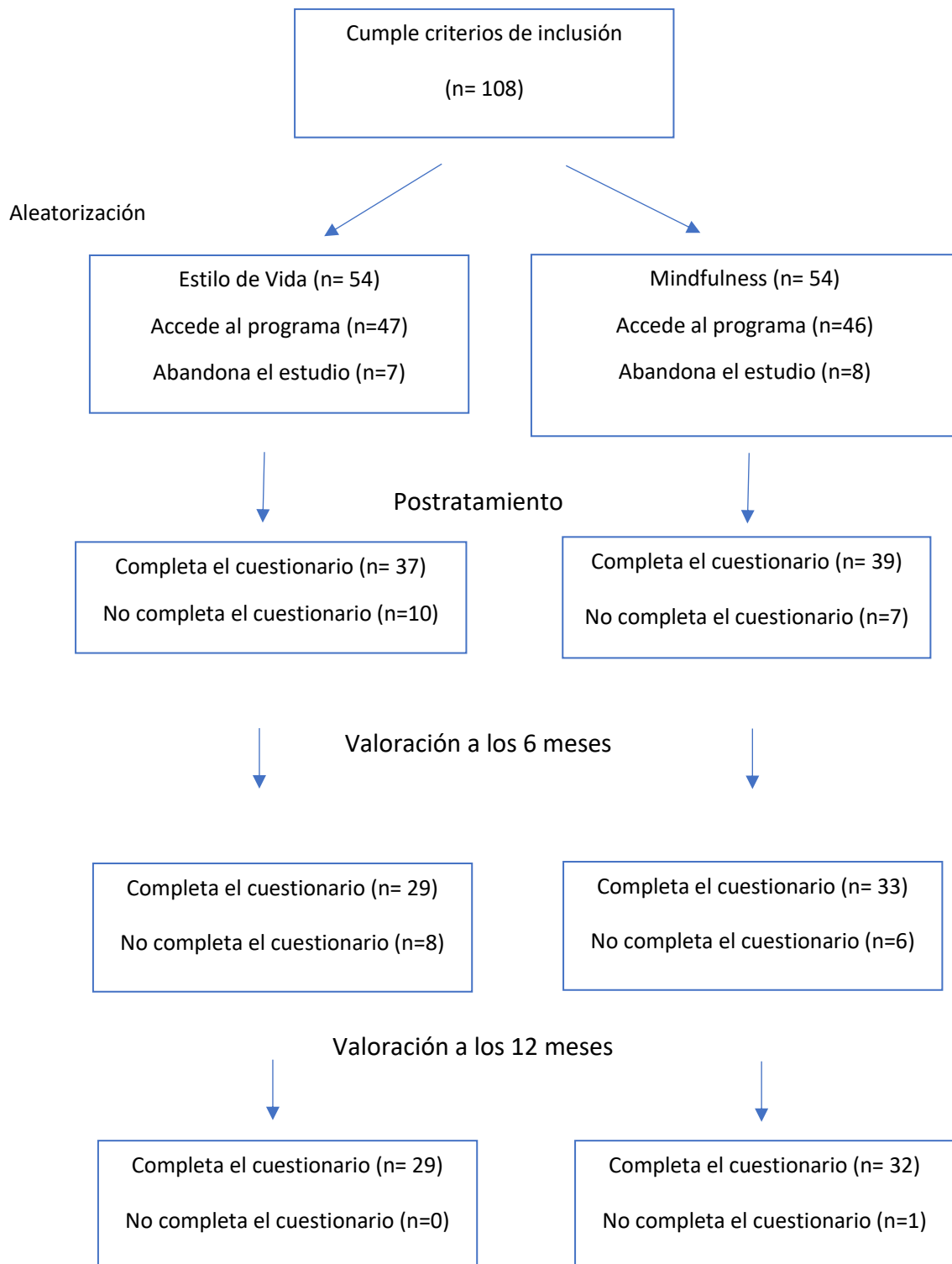


Figura 2. Diagrama de flujo del estudio.

5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

En el grupo de Estilo de vida saludable, el 74,1% eran mujeres, con una edad media de 44.1 años, casadas o emparejadas (46,3%), viviendo en domicilio propio con su pareja y/o hijos (42,6%), con estudios secundarios completados (44,4%) y situación laboral de empleadas (44,4%), siendo el nivel de ingresos entre 1-2 SMI en su mayoría (33,3%). (Tabla 17).

En relación al grupo de intervención de Mindfulness, las mujeres constituyeron un 87%, con una edad media de 46.9 años, casada o emparejada (55,6%), viviendo en domicilio propio con su pareja y/o sus hijos (48,1%), encontrando un mismo porcentaje (37%) en el nivel de estudios secundarios y universitarios. Empleadas en su mayoría (40,7%). En cuanto al nivel de ingresos, encontramos un 27,8% tanto en la cuantía de < SMI como en 2-4 SMI (Tabla 17).

Tabla 17. Análisis comparativo entre los grupos que recibieron la intervención Estilo de vida vs Mindfulness en la situación pre-intervención.

Variable	Estilos de vida	Mindfulness	p-valor
	n=54 n(%)/x±s	n=54 n(%)/x±s	
Sexo mujer	40(74.1)	47(87.0)	0.089
Edad (años)	44.1±10.1	46.9±12.9	0.223
Estado civil:			
Casado/emparejado	25(46.3)	30(55.6)	0.605*
Soltero	14(25.9)	13(24.1)	
Separado/divorciado	11(20.4)	6(11.1)	
Viudo	1(1.9)	1(1.9)	
NS/NC	3(5.6)	4(7.4)	
Convivencia:			
Domicilio propio solo	10(18.5)	11(20.4)	0.892*

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

Domicilio propio con la pareja	11(20.4)	7(13.0)	
Domicilio propio con pareja y/o hijos	23(42.6)	26(48.1)	
Domicilio de familiares	5(9.3)	5(9.3)	
Residencia	1(1.9)	0(0)	
Otros	1(1.9)	1(1.9)	
NS/NC	3(5.6)	4(7.4)	
Nivel de estudios:			
Sin estudios pero sabe leer y escribir	1(1.9)	0(0)	0.033 [†]
Graduado escolar	13(24.1)	8(14.8)	
Estudios secundarios	24(44.4)	20(37.0)	
Estudios universitarios	11(20.4)	20(37.0)	
Otros	1(1.9)	0(0)	
NS/NC	4(7.4)	6(11.1)	
Situación laboral:			
Estudiante	2(3.7)	3(5.6)	0.487 [*]
Ama de casa	2(3.7)	1(1.9)	
Desempleado con subsidio	5(9.3)	2(3.7)	
Desempleado sin subsidio	10(18.5)	9(16.7)	
Empleado	24(44.4)	22(40.7)	
Empleado pero de baja laboral	5(9.3)	6(11.1)	
Jubilado	0(0)	5(9.3)	
Incapacitado/invalidez permanente	1(1.9)	1(1.9)	
Otros	1(1.9)	1(1.9)	
NS/NC	4(7.4)	4(7.4)	
Nivel de ingresos:			
<SMI	16(29.6)	15(27.8)	0.421 [*]
SMI – 2 · SMI	18(33.3)	13(24.1)	
2 · SMI – 4 · SMI	12(22.2)	15(27.8)	
>4 · SMI	3(5.6)	5(9.3)	
NS/NC	5(9.3)	6(11.1)	

Notas: n(%), frecuencia absoluta (frecuencia relativa); NS/NC, no sabe/no contesta; SMI, salario mínimo interprofesional; $\bar{x} \pm s$, media \pm desviación estándar. *, p-valor calculado excluyendo NS/NC; †, p-valor calculado excluyendo Otros y NS/NC para tener en cuenta la ordinalidad de la variable (test de Jonckheere-Terpstra).

5.2 DIFERENCIAS PRE-INTERVENCIÓN EN LAS DIFERENTES MUESTRAS

La distribución de la muestra fue homogénea en cuestión de características sociodemográficas salvo en el nivel de estudios que fue superior en el grupo Mindfulness, lo cual tuvimos en cuenta en el análisis de resultados al ser una variable importante con posibilidad de influir en ellos (Figuras 3 y 4).

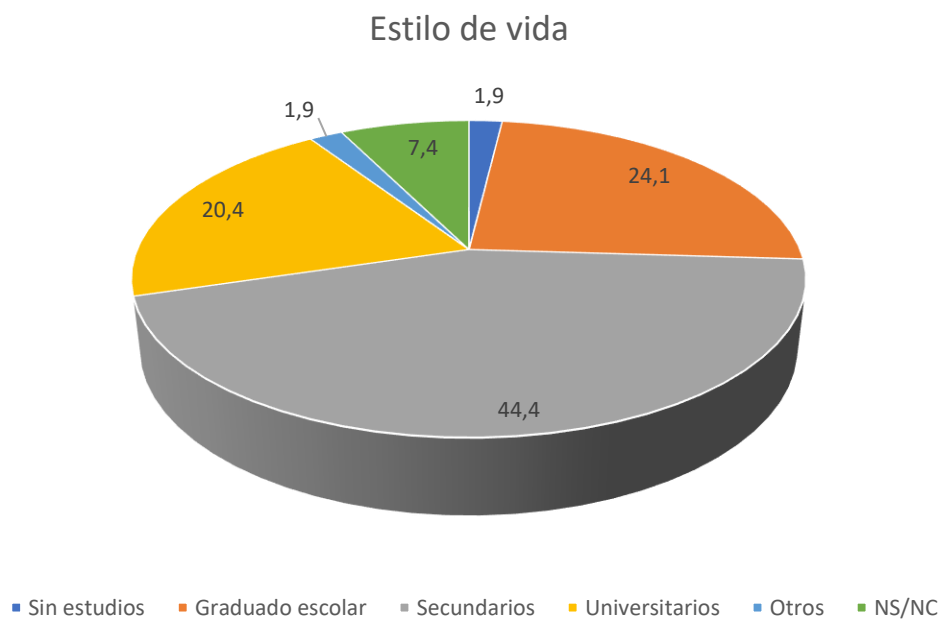


Figura 3. Nivel de estudios en el grupo de intervención Estilo de vida

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

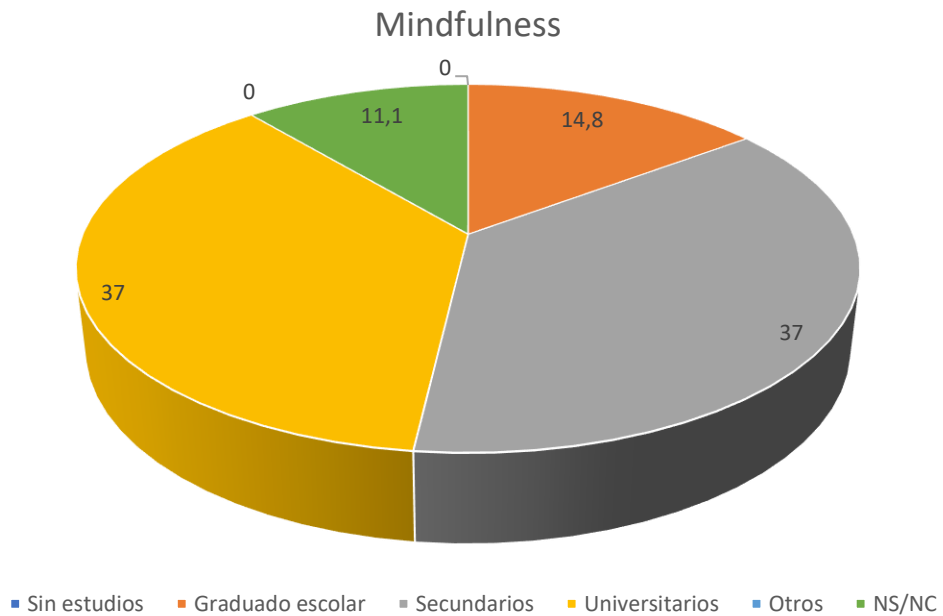


Figura 4. Nivel de estudios en el grupo de intervención Mindfulness

5.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Respecto a la adherencia a lo largo del estudio, en la tabla 18 se muestra el número de pacientes que continuaron en el estudio en cada rama de intervención, así como los abandonos.

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

Tabla 18. Adherencia a lo largo del estudio.

	n Estilo de vida (% muestra)	n Mindfulness (% muestra)	n abandonos (% muestra)
Inclusión estudio	54 (50%)	54 (50%)	-
Acceden al estudio	47 (87,03%)	46 (85,18%)	15(13,88%)
Seguimiento post- tratamiento	37 (68,51%)	39 (72,22%)	17 (15,74%)
Seguimiento 6 meses	29 (53,70%)	33 (61,11%)	14(12,96%)
Seguimiento 12 meses	29 (53,70%)	32 (59,25%)	1 (0,92%)

5.4 RESULTADOS DE EFICACIA

En relación a las variables clínicas de resultado tenidas en cuenta en el estudio, se analizó el efecto fijo de la intervención teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde la misma (hasta la potencia cúbica), así como la variabilidad del propio individuo y del parámetro a evaluar, detallándose cada uno de los coeficientes en la siguiente tabla (Tabla 19).

El valor que estuvo más cerca de ser estadísticamente significativo, correspondió a la subescala de “observar” ($p= 0.154$), dentro de la FFMQ, encontrándose 1.8 puntos por encima en el grupo de Mindfulness, con respecto a Estilo de vida saludable.

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

Tabla 19. Coeficiente de los efectos fijos de los cambios en el grupo de Estilo de vida con respecto al de Mindfulness de los modelos lineales mixtos para las variables de resultado contempladas en el estudio.

Cuestionario	B (IC 95%)	p-valor
PHQ-9 (total)	0.07(-2.07 a 2.20)	0.952
SF-12 (físico)	-1.50(-5.89 a 2.89)	0.505
SF-12 (mental)	0.38(-3.74 a 4.53)	0.857
PANAS (positivo)	0.35(-2.37 a 3.07)	0.800
PANAS (negativo)	-0.70(-3.77 a 2.36)	0.656
FFMQ (observar)	-1.80(-4.24 a 0.65)	0.154
FFMQ (describir)	-0.81(-3.42 a 1.80)	0.546
FFMQ (actuar dándose cuenta)	-0.97(-3.42 a 1.49)	0.443
FFMQ (no juzgar)	0.69(-1.68 a 3.06)	0.571
FFMQ (no reactividad)	0.20(-1.69 a 2.08)	0.836
EuroQoL	0.62(-7.81 a 9.09)	0.886
PHI (Bienestar total)	-0.01(-0.72 a 0.70)	0.975

Notas: B, coeficiente del modelo de regresión; EuroQoL, European Quality of Life; FFMQ, Five Facet Mindfulness Questionnaire; IC, intervalo de confianza; PANAS, Positive and Negative Affect Schedule; PHI, Pemberton Happiness Index; PHQ-9, Patient Health Questionnaire; SF-12, Short Form 12 Health Survey

5.4.1 Gravedad de la depresión

Se empleó el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para medir la gravedad de la depresión. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos tras las diferentes intervenciones ni a los 6 o 12 meses, (figura 5).

De ahora en adelante en las gráficas que se muestran, en azul se representa la intervención de Mindfulness y en rojo la de Estilo de vida saludable.

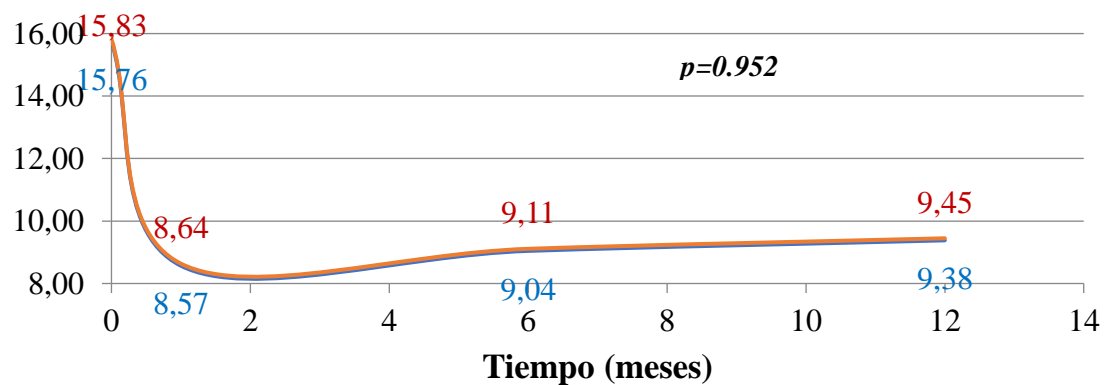


Figura 5. PHQ-9

5.4.2 Calidad de vida

Para medir la repercusión en la calidad de vida se utilizó la SF-12 Health Survey y la escala EuroQol.

No se observaron tampoco diferencias significativas ni en el aspecto físico ni en el mental (figura 6 y 7).

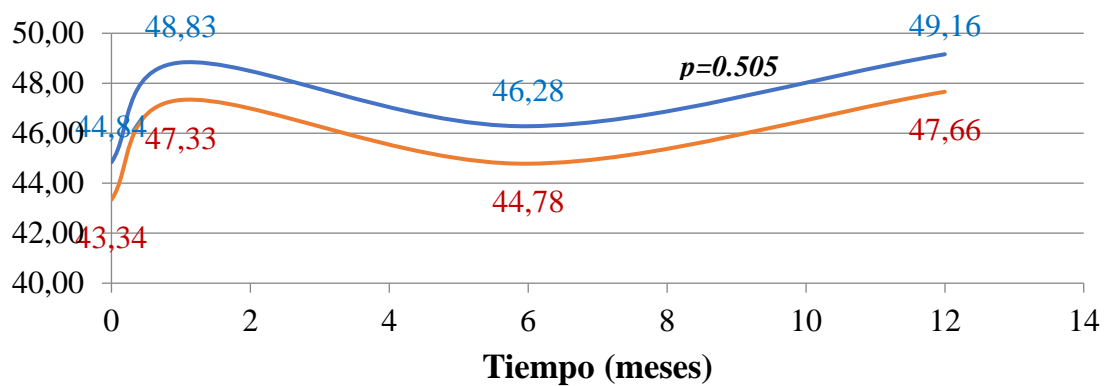


Figura 6. SF-12 (Comp físico)

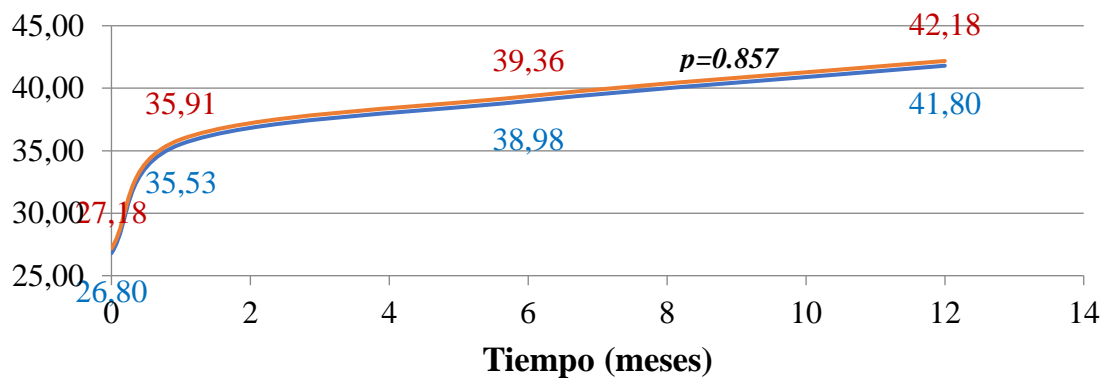


Figura 7. SF-12 (Comp. Mental)

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

En la escala EuroQol, se encontró una diferencia de 0.62 puntos de Estilo de vida saludable por encima de Mindfulness, no siendo la diferencia estadísticamente significativa (figura 8).

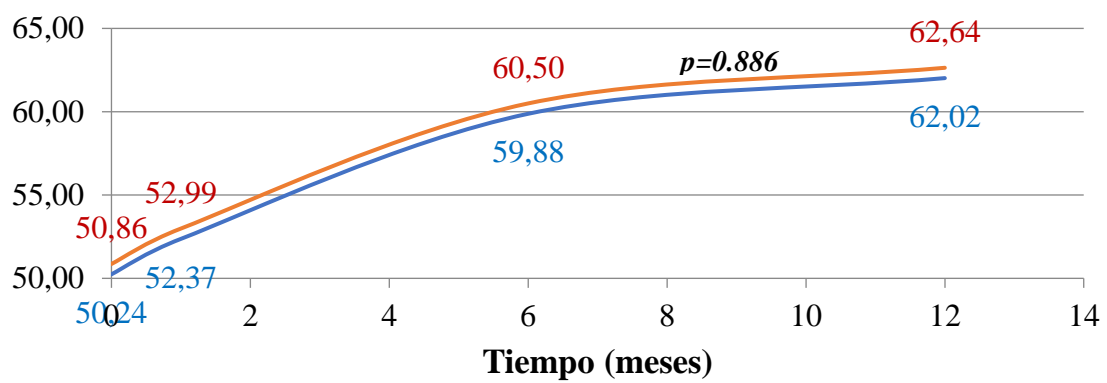


Figura 8. EuroQol

5.4.3 Afecto positivo y negativo

Para medir los afectos positivos y negativos se empleó la Positive And Negative Affects Schedule (PANAS). No se encontraron diferencias significativas entre ambas intervenciones.

La diferencia fue de 0.35 puntos de Estilo de vida saludable por encima de Mindfulness en PANAS positivo (figura 9), y de 0.70 puntos de Mindfulness por encima de Estilo de vida saludable en PANAS negativo (figura 10).

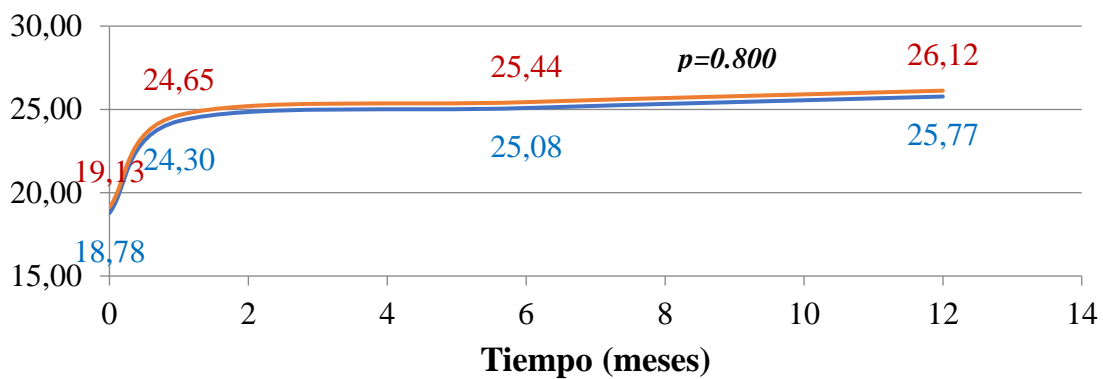


Figura 9. PANAS (positivo)

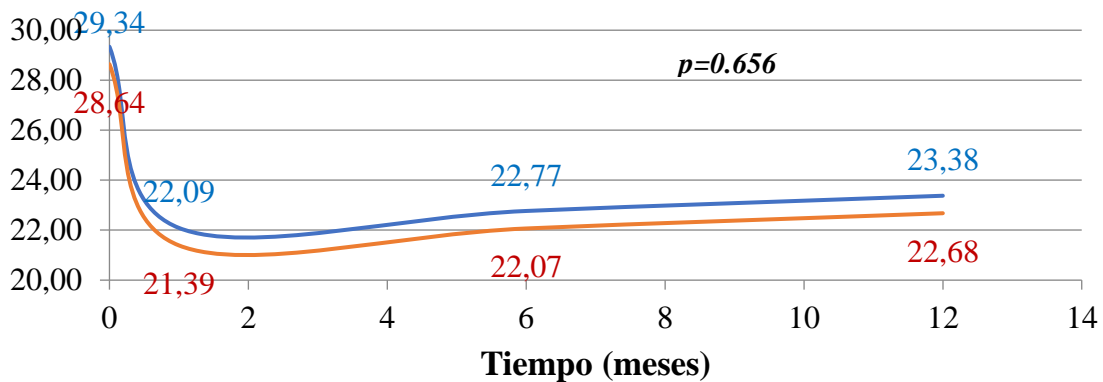


Figura 10. PANAS (negativo)

5.4.4 Grado de mindfulness

Para medir el grado de Mindfulness, se utilizó el FFMQ, Five Facet mindfulness Questionnaire.

En este caso, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En las subescalas de observar, describir y actuar conscientemente los valores en el grupo de Mindfulness, se encontraban 1.80, 0,81 y 0.97 puntos (respectivamente), por encima de los de Estilo de vida saludable (figuras 11,12 y 13).

En el caso de las subescalas no juzgar y no reactividad, se evidenció una diferencia de 0.69 y 0.20 puntos respectivamente, del grupo Estilo de vida saludable, por encima de Mindfulness (figuras 14 y 15).

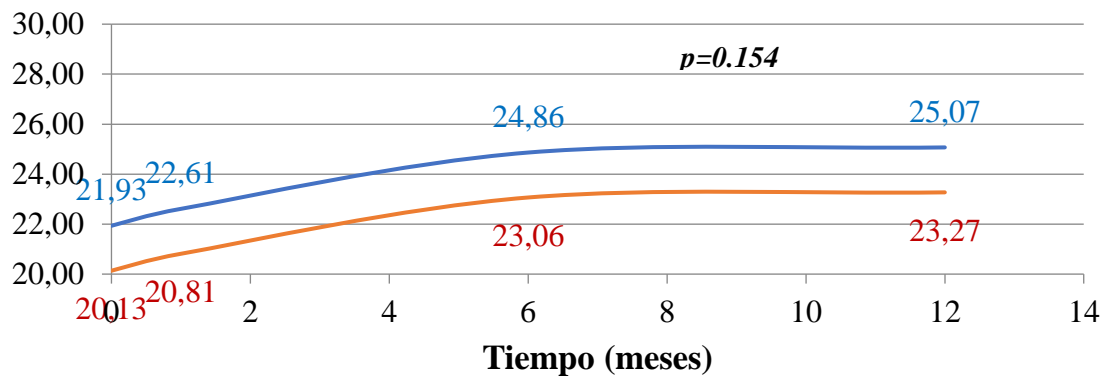


Figura 11. FFMQ (observar)

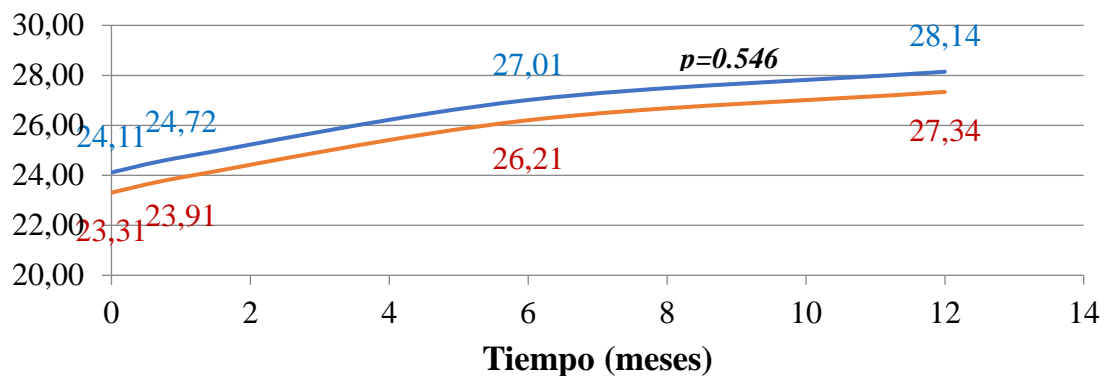


Figura 12. FFMQ (describir)

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

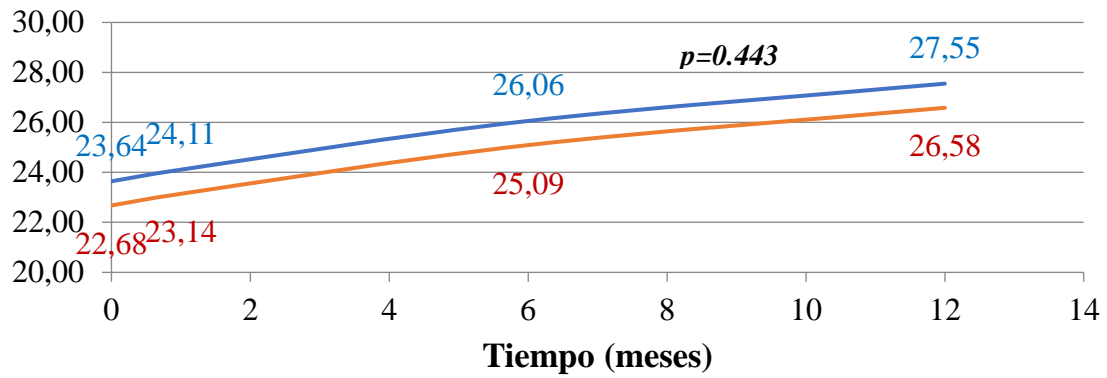


Figura 13. FFMQ (actuar conscientemente)

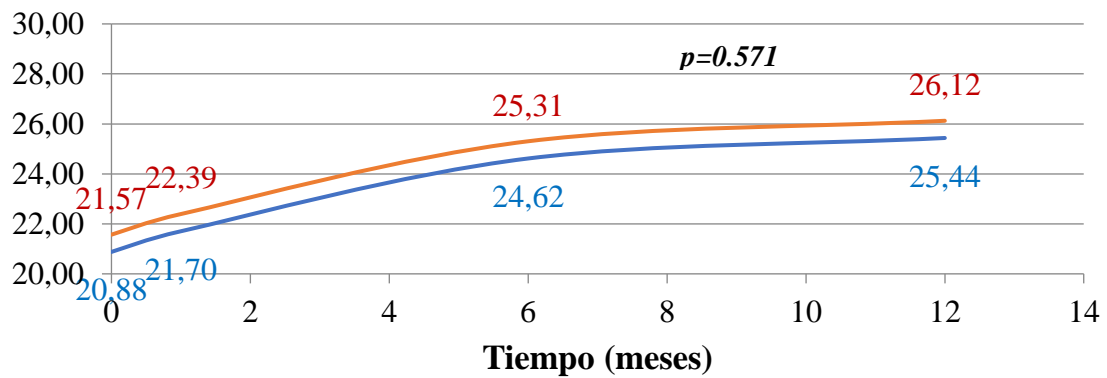


Figura 14. FFMQ (no juzgar)

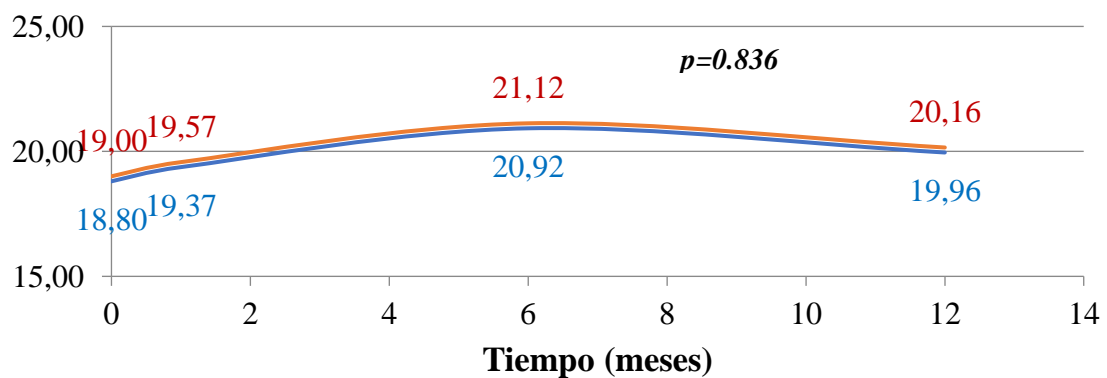
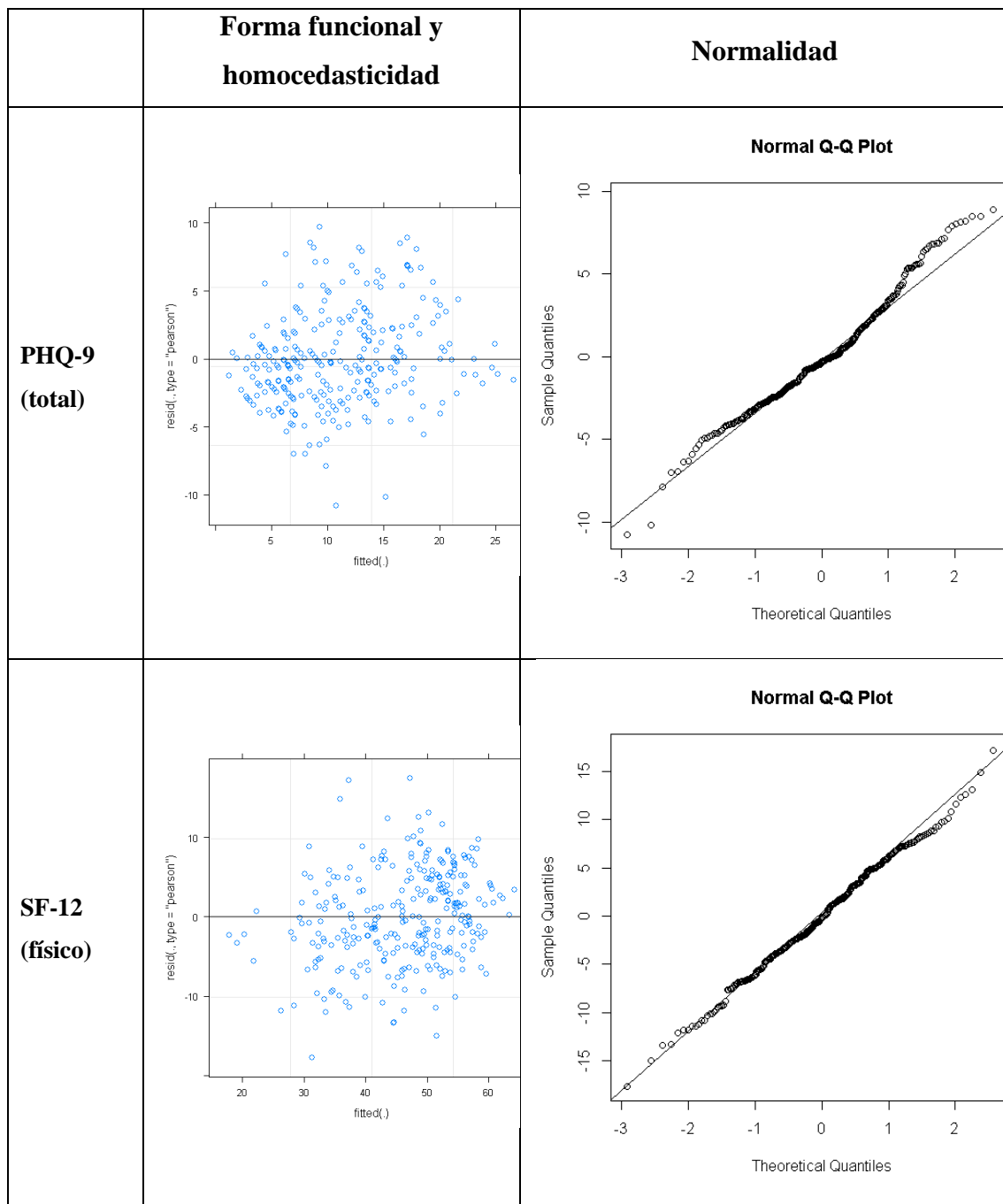


Figura 15. FFMQ (no reactividad)

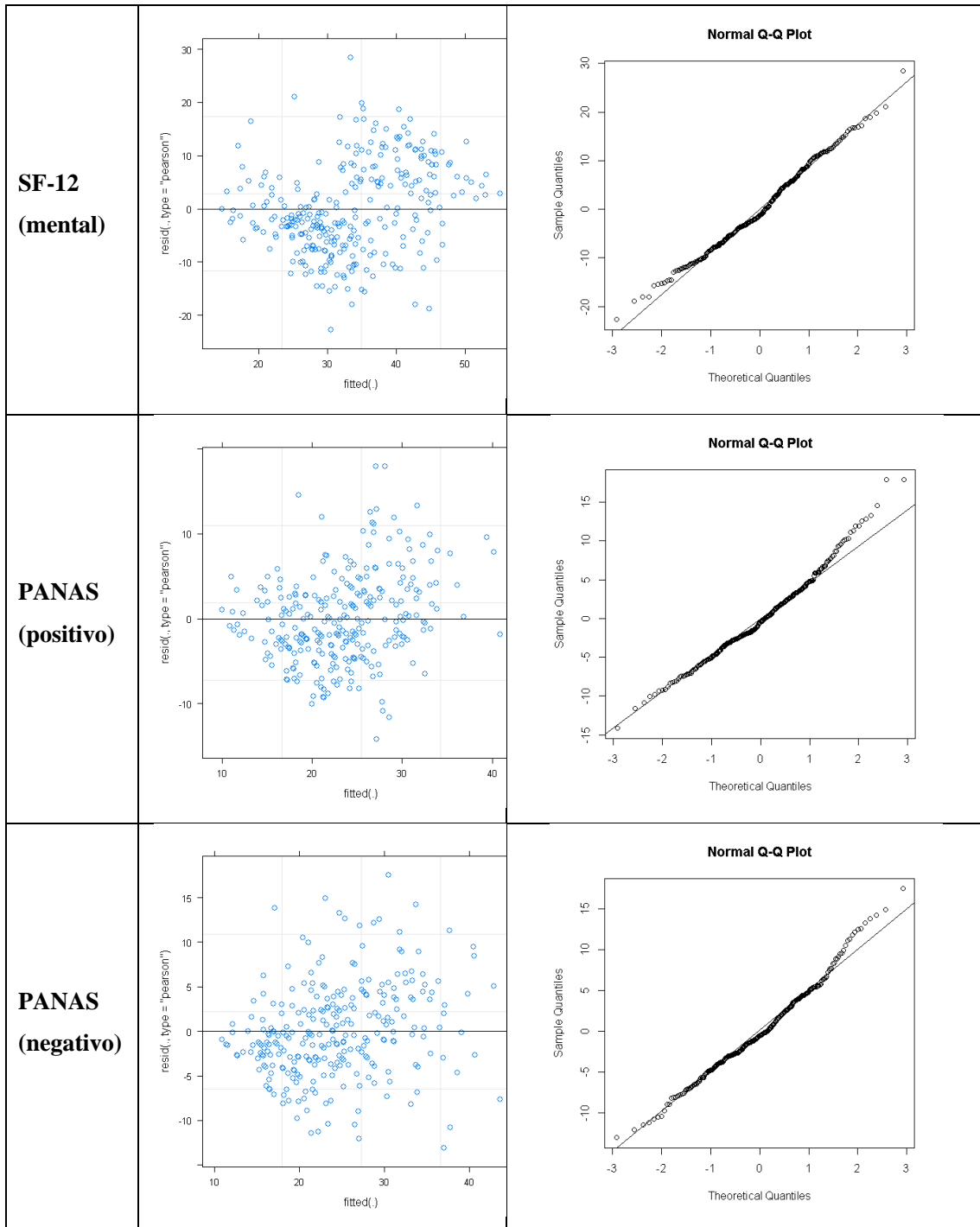
5.4.5 Gráfico de residuos

Todos los modelos cumplieron las hipótesis básicas como se puede ver en el gráfico de residuos (figura 16).

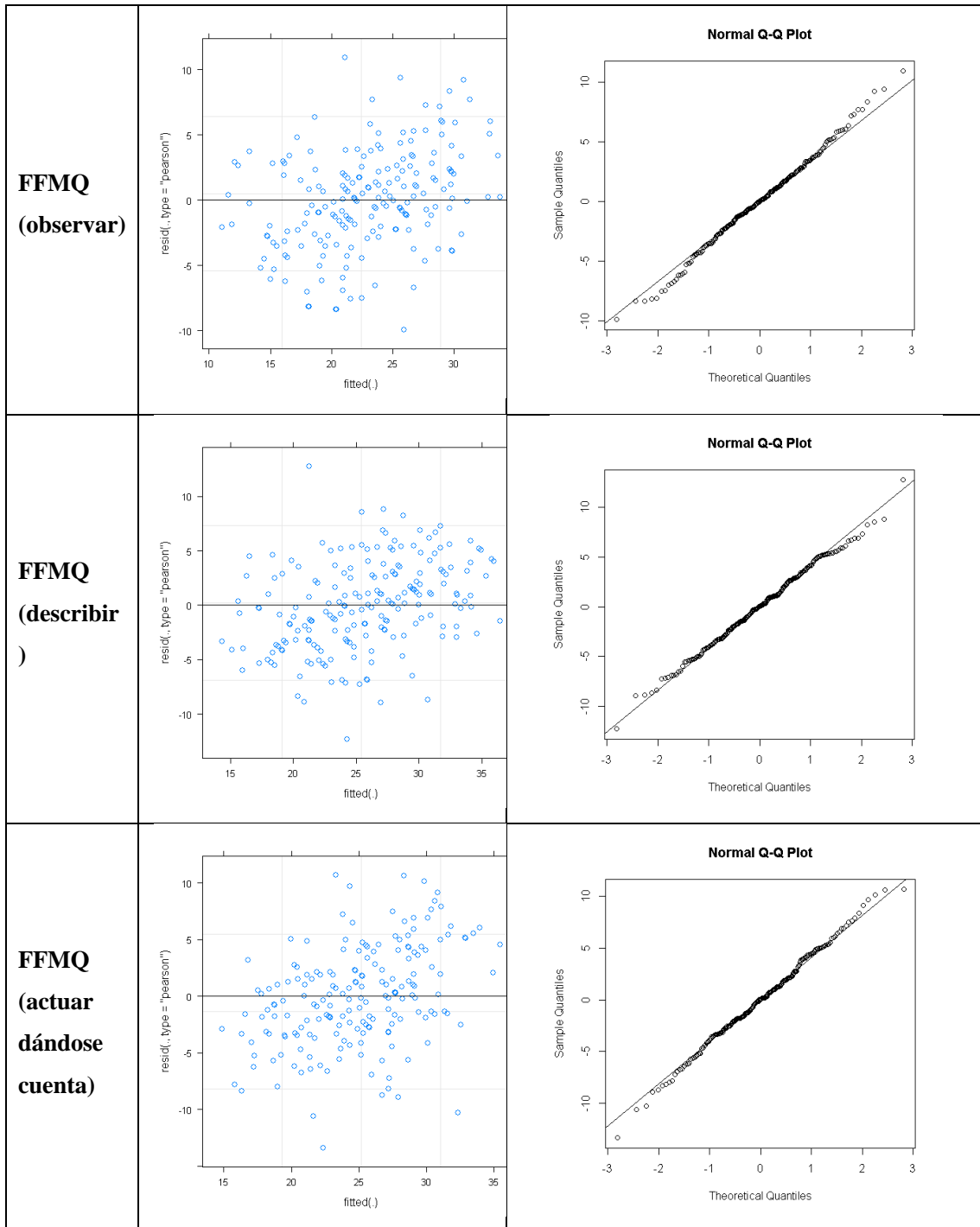
Figura 16: Comprobación de las hipótesis básicas de los modelos lineales mixtos.



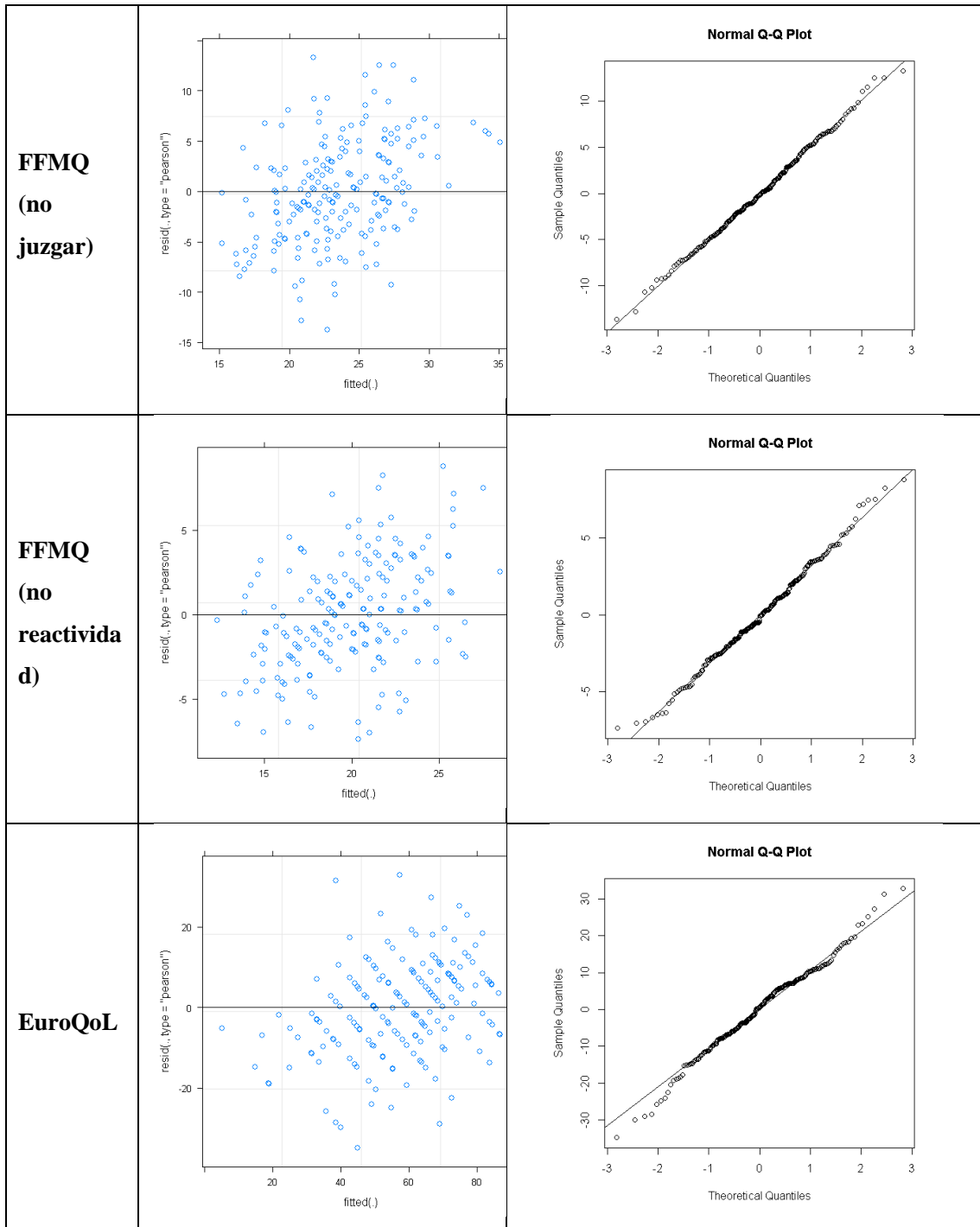
**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**



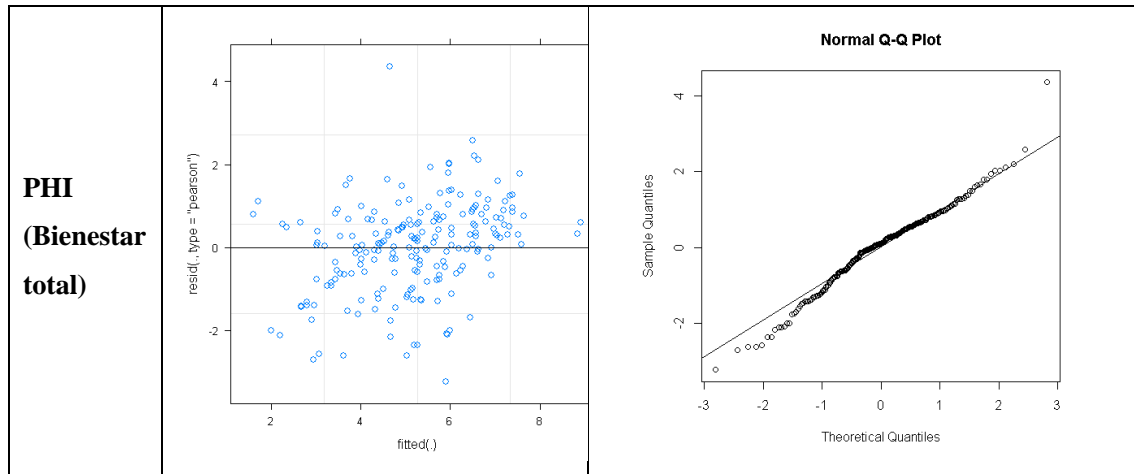
**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**



**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**



Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria



Notas: B, coeficiente del modelo de regresión; EuroQol, European Quality of Life; FFMQ, Five Facet Mindfulness Questionnaire; IC, intervalo de confianza; PANAS, Positive and Negative Affect Schedule; PHI, Pemberton Happiness Index; PHQ-9, Patient Health Questionnaire.

5.5 VARIABLE PRINCIPAL PHQ-9 COMO CATEGÓRICA

El test PHQ9 tiene un punto de corte aceptado mayoritariamente de 10. Así, puntuar 9 o menos en el PHQ9 se considera ausencia de depresión o remisión clínica.

Por ello, planteamos otra estrategia complementaria en el análisis de datos, que consiste en recodificar la variable principal de resultado (PHQ9), considerándola categorial en lugar de cuantitativa. Para ello consideramos como pacientes que habían llegado a la remisión a los que puntuaron 9 o menos en el test.

Al analizarlo de esta manera, vemos que en el 6º mes el porcentaje de remisiones es muy similar en ambas ramas de tratamiento: Estilo de vida 18 de 54 frente a Mindfulness 19 de 54. Ver gráfico de más abajo (Figura 17)

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

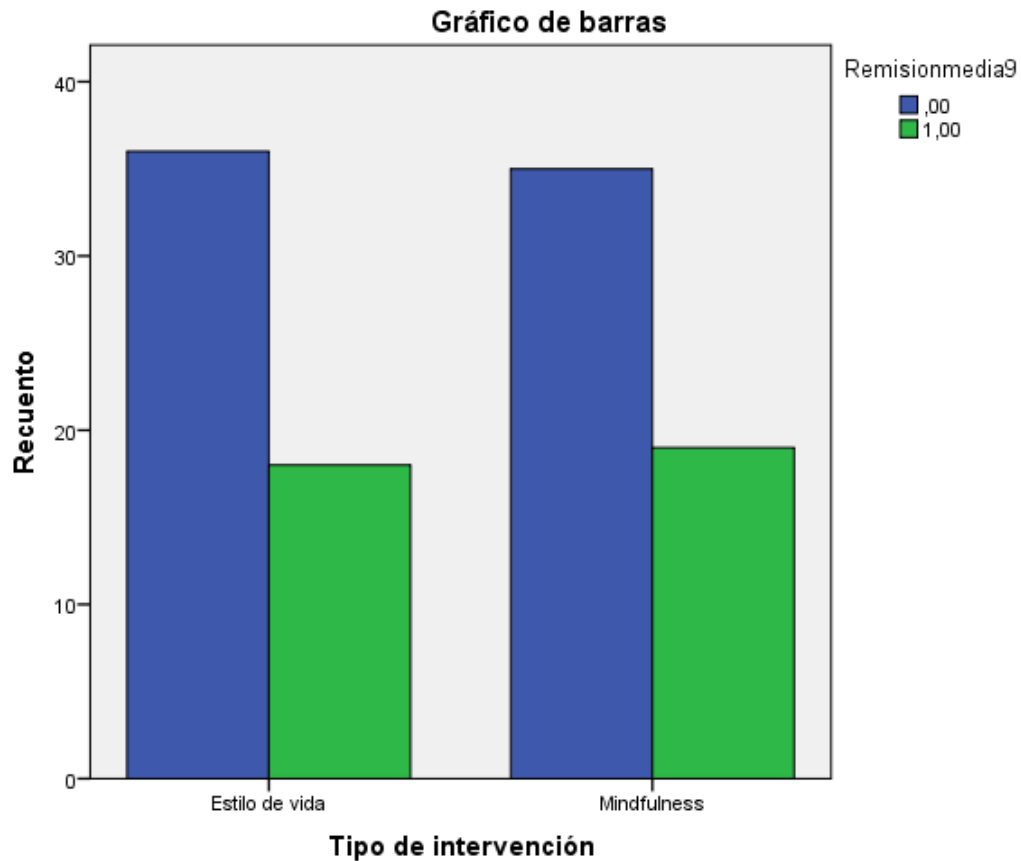


Figura 17. Remisiones a los 6 meses según intervención.

Sin embargo, en el mes 12 (figura 18) al final del estudio, la situación es diferente: en la rama de Estilo de vida empeora el porcentaje (15 de 54); mientras que sigue mejorando el porcentaje en la rama de Mindfulness (22 de 54).

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

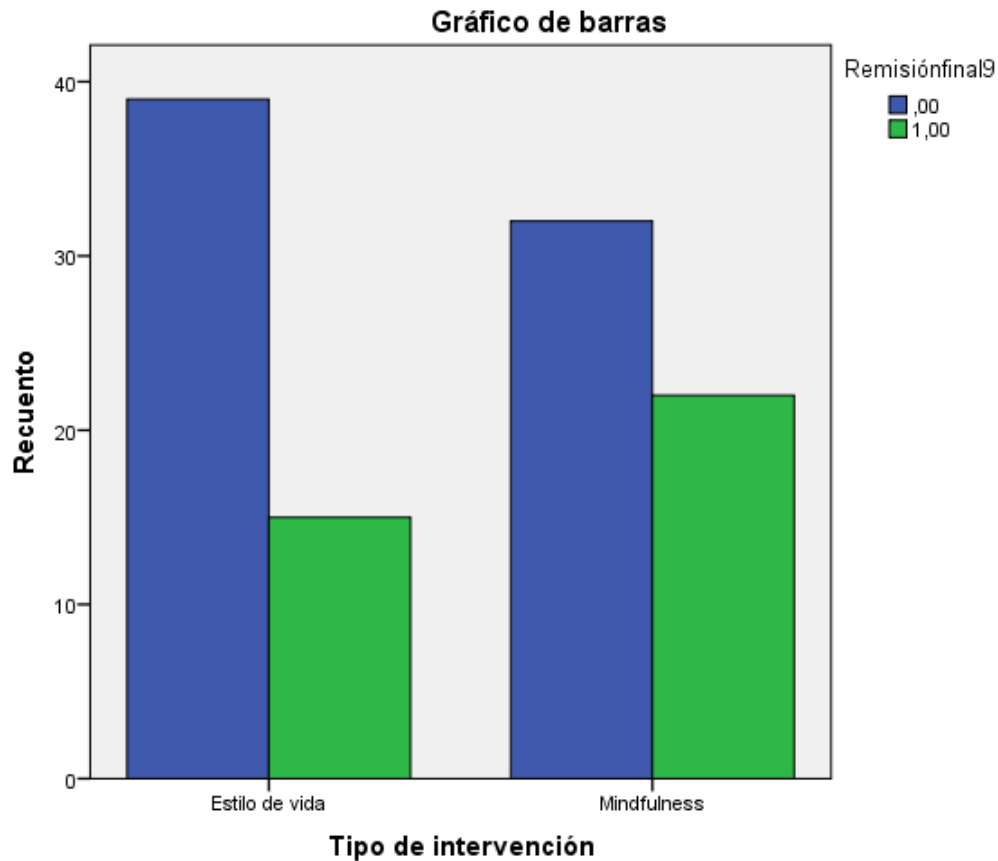


Figura 18. Remisiones a los 12 meses según intervención.

A pesar de no resultar estadísticamente significativa la comparación de estos datos con el test Chi-Cuadrado se apunta una tendencia no estadística ya que la remisión del grupo de Mindfulness al final del estudio es del 68,75% frente al 51,7% del grupo de Estilo de vida ($X^2=2.014$; $p=0.11$).

Analizando los incrementos en las subescalas de la FFMQ en las diferentes intervenciones a lo largo del estudio (entre situación basal y 12 meses después), vemos cómo las diferencias más destacadas corresponden a las de “no reactividad” ($t=2,484$;

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

p=0.016) y “describir” (t=2,419; p=0.019), a favor de la intervención Mindfulness (figura 19).

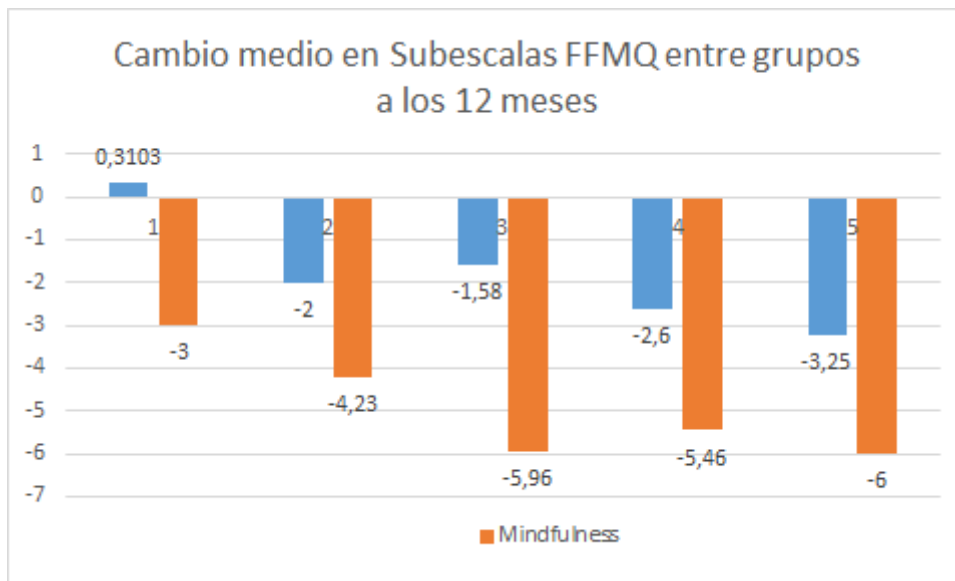


Figura 19. Cambio medio en Subescalas FFMQ entre grupos a los 12 meses.

Subescalas: 1 “no reactividad”; 2 “observar”; 3 “describir”; 4 “actuar conscientemente”; 5 “no juzgar”

Si tenemos en cuenta los que remiten en relación a los que no lo hacen, vemos cómo al cabo de 12 meses, los resultados en relación a las subescalas de “actuar conscientemente” y “no juzgar” resultan estadísticamente significativos (figura 20).

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

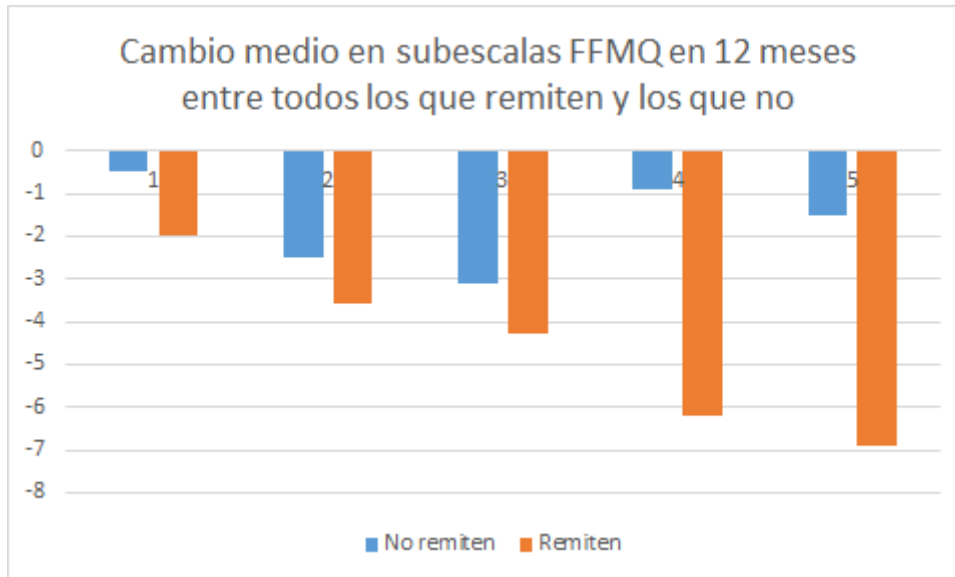


Figura 20. Cambio medio en subescalas FFMQ en 12 meses entre todos los que remiten y los que no lo hacen.

Subescalas: 1 "no reactividad"; 2 "observar"; 3 "describir"; 4 "actuar conscientemente"; 5 "no juzgar"

Y si finalmente nos fijamos en el grupo de intervención de Mindfulness, transcurridos 12 meses, vemos diferencias entre los pacientes que remiten y no remiten que solo llegan a ser significativas en la subescala "actuar conscientemente" debido a los pocos casos que llegan al final del estudio (figura 21).

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

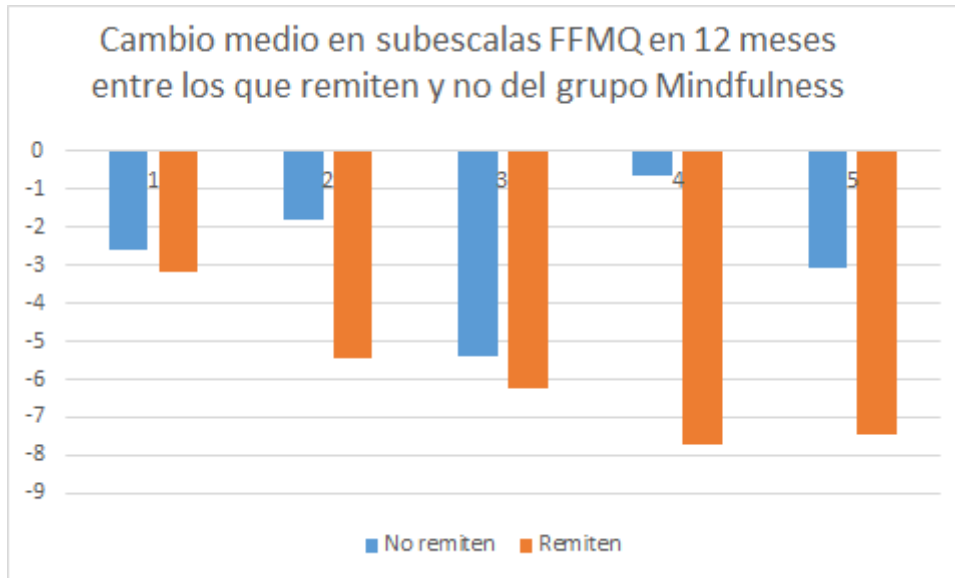


Figura 21. Comparativa en el incremento de la FFMQ entre los que remiten y no remiten del grupo Mindfulness.

Subescalas: 1 "no reactividad"; 2 "observar"; 3 "describir"; 4 "actuar conscientemente"; 5 "no juzgar"

6 DISCUSIÓN

La distribución de la muestra fue homogénea en cuestión de características sociodemográficas salvo en el nivel de estudios que fue superior en el grupo Mindfulness. Esta diferencia podría tener relevancia a la hora de interpretar los resultados de las variables clínicas, pero se tuvo en cuenta en el análisis, controlando su efecto en la medida de lo posible.

El hallazgo principal de este estudio es la ausencia de diferencias en la evolución clínica de los pacientes deprimidos asignados a los grupos de Mindfulness y Estilo de vida. Por tanto, en nuestro estudio, ambos programas tienen efectos comparables y no podemos aceptar la hipótesis de partida que señalaba que el programa de Mindfulness sería más efectivo que el de Estilo de vida saludable, ambos añadidos al tratamiento habitual de la depresión.

La media en ambos grupos de tratamiento pasó de superior a 15 en el PHQ 9, a inferior a 10 a los 12 meses. Por tanto, disminuye más del 50 % la sintomatología basal, por lo que en ambos casos se registra una evolución favorable.

Este resultado no nos sorprende, dado que como señalamos a lo largo de la introducción, estudios previos no basados en TICs ya contemplan cómo distintas intervenciones que pueden considerar sugerencias de cambio a un estilo de vida más saludable, mejoran los síntomas de la depresión (Gómez-Juanes et al., 2017; Harvey et al., 2010; Martínez-González & Sánchez-Villegas, 2016; O'Connor et al., 2010; Sanchez-Villegas & Martí, 2009; Serrano Ripoll et al., 2015a).

Los programas basados en Mindfulness, por su parte, han demostrado también su efectividad en el tratamiento de la depresión, aunque la bibliografía de su uso mediante TICs es aún muy escasa (Hofmann & Gómez, 2017b; Moberg, Niles, & Beermann, 2019; Moosavi Nejad, Shahgholian, & Samouei, 2018; Sizoo & Kuiper, 2017).

Esto es coherente además con la utilidad de algunos programas basados en Mindfulness (MBCT) en la prevención de recaídas en pacientes con Depresión Mayor recurrente, como sugieren estudios relevantes muy bien diseñados que demuestran la misma eficacia que los antidepresivos de mantenimiento (M. Huijbers & Speckens, 2015; Kuyken et al., 2014, 2008; S. Mayor, 2015; “Mindfulness keeps depression at bay as effectively as drugs,” 2015). Por ello, se sugiere que los programas MBCT podrían ser una nueva elección para millones de personas con depresión (Kuyken, Hayes, Barrett, Byng, Dalgleish, Kessler, Lewis, Watkins, Morant, et al., 2015).

Estos buenos resultados de los programas de Mindfulness y psicoterapia cognitiva parecen ampliarse también a los pacientes con depresión resistente al tratamiento, observando, cómo pacientes deprimidos y que no habían respondido completamente a los tratamientos estándar, tuvieron una buena respuesta a MBCT, llegando a la eutimia (Kenny & Williams, 2007).

Es muy interesante considerar en estos estudios las preferencias de los pacientes porque sería esperable que estas intervenciones tuvieran un mayor efecto en personas que tuvieran una mayor disposición a probarlas. Sin embargo, en un estudio realizado en pacientes con depresión recurrente en el que se comparaba la eficacia de la MBCT frente a fármacos antidepresivos los pacientes tratados con MBCT disminuyeron en el mismo grado sus síntomas depresivos (Lilja et al., 2016), con independencia de que antes del estudio hubieran preferido medicación o MBCT (M. J. Huijbers, Spinhoven, van Schaik, et al., 2016).

En cualquier caso, hubiera resultado de gran interés averiguar en este proyecto si la mejoría era diferente en función de las preferencias previas por uno u otro programa. También si hay algún perfil de paciente que mejore más con una u otra intervención. Sin embargo, nuestro estudio no nos ha permitido avanzar en esa asignatura pendiente para estudios futuros que podría orientar las decisiones clínicas.

En resumen, se confirma que ambos programas tienen efectos comparables aplicados mediante TICs al no haber diferencias a lo largo de los 12 meses de seguimiento en la puntuación media de la variable principal de eficacia (escala PHQ 9).

No obstante, si consideramos el punto de corte el test PHQ9 de <10 como ausencia de depresión, (Arrieta et al., 2017; Kroenke et al., 2001; Manea, Gilbody, & McMillan, 2012; *The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)-Overview*, 1999), podemos considerar que los pacientes que han puntuado 9 o menos en el test han remitido. Muchos investigadores sugieren que alcanzar la remisión tiene mucho más valor que bajar unos puntos las escalas de depresión sin llegar a la remisión clínica (por sus implicaciones funcionales y pronósticas). Por tanto es mucho más importante plantearse como objetivo en el tratamiento antidepresivo la remisión en lugar de la mejoría parcial (Arrieta et al., 2017; Kroenke et al., 2001; Manea et al., 2012; *The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)-Overview*, 1999).

Al analizarlo de esta manera, vemos cómo transcurridos 12 meses se evidencia una diferencia importante en cuanto a dicha remisión en los diferentes grupos, observando un porcentaje de remisiones de más del 40% en Depresión Mayor de la rama Mindfulness, frente al 27% en el grupo de estilo de vida. Este resultado es comparativamente muy alentador si se compara con el resultados por otras intervenciones antidepresivas (Olbert, Rasmussen, Gala, & Tupler, 2016). S

Cabría también señalar que quizá la práctica de Mindfulness pudiera mantenerse mejor más allá de los primeros 6 meses tras la intervención, que la de los cambios en el estilo de vida. Además, la práctica de Mindfulness conlleva también de forma habitual un cambio hacia un estilo de vida más saludable lo cual puede contribuir también a los resultados, aunque indudablemente este hallazgo debe ser mejor estudiado.

Tenemos otras pistas en torno a lo antedicho que nos aporta el estudio de la evolución de los incrementos de las subescalas de la FFMQ. Vemos diferencias estadísticamente significativas en los siguientes casos:

- Entre las dos intervenciones a lo largo del estudio (entre situación basal y 12 meses después), en cuanto a “no reactividad” y “describir”, a favor de la intervención Mindfulness.
- Entre los que remiten en comparación con los que no lo hacen, vemos cómo al cabo de 12 meses presentan más puntuación en las subescalas de “actuar conscientemente” y “no juzgar” lo que sugiere mayor capacidad Mindfulness.
- Entre los pacientes que remiten y no remiten del grupo Mindfulness habiendo más puntaje en la subescala “actuar conscientemente” lo que de nuevo sugiere mayor capacidad Mindfulness.

Observamos pues que, en el grupo de intervención de Mindfulness, así como en pacientes que remiten y asociando ambos (los que remiten dentro del grupo de Mindfulness), la puntuación en las subescalas del test FFMQ, nos muestran una diferencia relevante a la hora de interpretar dichos resultados. Esta diferencia, que va aumentando a lo largo del tiempo, probablemente tenga que ver con la práctica de la meditación.

Si nos detenemos a analizar los mecanismos de acción antidepresiva de Mindfulness, algunos elementos específicos, como la atención plena, el pensamiento negativo repetitivo, la autocompasión, el afecto, y la reactividad cognitiva se consideran esenciales, pero para ello la práctica Mindfulness debe ser continuada (MacKenzie et al., 2018).

Así, se ha insistido en la importancia de la práctica mantenida de atención plena formal e informal en casa. Un estudio demostró que los participantes que realizaron prácticas formales en el hogar durante al menos 3 días a la semana durante la fase de tratamiento tenían casi la mitad de probabilidades de recaer que los que dedicaban menos tiempo a la práctica formal (Crane et al., 2014). El trabajo que los pacientes realizan en casa aporta un plus en la efectividad de los tratamientos, pero ¿son estas habilidades las que median la eficacia de la MBCT?

En un ensayo de eficacia aleatorizado de MBCT, en el que tras 6-8 meses de tratamiento antidepresivo, durante una fase de mantenimiento de 18 meses, los pacientes:

- ✓ Suspendieron la medicación y recibieron MBCT,
- ✓ Continuaron con antidepresivos, o
- ✓ Fueron cambiados a un placebo.

se concluyó que, durante la fase de mantenimiento, solo los pacientes que recibieron MBCT mostraron aumentos significativos en la capacidad de observar y ser conscientes de los pensamientos y sentimientos, obteniendo puntuaciones más bajas en la Escala de calificación de Hamilton para la depresión a los 6 meses de seguimiento (Bieling et al., 2012).

La relación dosis-efecto entre la práctica de la atención plena y sus beneficios clínicos debería ser más investigada intentando establecer la duración del programa MBCT a través de internet para que sus beneficios pudieran compararse con la terapia presencial cara a cara. Además, la validación de marcadores neurales de la respuesta al tratamiento con MBCT permitirá la optimización de la misma (Segal & Walsh, 2016).

En nuestro estudio, en el grupo Estilo de vida recaen tres pacientes a los 12 meses de los que habían remitido a los 6 meses. En el grupo Mindfulness no recae ninguno y además remiten adicionalmente otros tres. Esto va en línea con la muy demostrada capacidad de Mindfulness de prevenir las recaídas en la Depresión Recurrente que hemos ido señalando (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2015; M. J. Huijbers et al., 2012a, 2012b; M. J. Huijbers, Spinhoven, Spijker, et al., 2016; Kenny & Williams, 2007; Kuyken et al., 2008; Susan Mayor, 2015; Meadows & Shawyer, 2017; “Mindfulness may rival medication at preventing depression relapse.” 2011; J. M. G. Williams et al., 2014) merced a su eficacia en amortiguar el pensamiento rumiativo negativo que se considera clave en las recaídas (Deyo, Wilson, Ong, & Koopman, 2009; Michalak, Hölz, & Teismann, 2011; Parmentier et al., 2019; Peters, Burkhouse, Feldhaus, Langenecker, & Jacobs, 2016; van Vugt, Hitchcock, Shahar, & Britton, 2012)

En relación a la adherencia, el 14% de la muestra no accedió al estudio, abandonando un 29% tras la intervención y un 43% a los 12 meses de seguimiento, porcentajes que comparativamente no resultan peores de los referidos en la bibliografía, dado que nos hablan de abandonos entre un 30% y un 80% empeorando entre los 4 y 12 meses de iniciar el tratamiento (Miguel Roca et al., 2011; Serna, Cruz, Real, Gascó, & Galván, 2010; M. J. Serrano et al., 2014).

Los abandonos en el estudio, fueron similares en las dos intervenciones. Como ya hemos comentado, sería interesante conocer el perfil de los que pueden beneficiarse más de un programa u otro y así poder evitar aún más los abandonos.

En el caso de las intervenciones online, los datos señalan tasas de abandono superiores al 80% (Herrera-Mercadal et al., 2015), por lo que de nuevo es crucial conocer qué perfil de pacientes pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones para dirigirlos a ellos.

Todavía es un campo relativamente nuevo y aún se desconocen los predictores para un mayor aprovechamiento de estos programas (Cuijpers et al., 2014; Herrera-Mercadal et al., 2015), aunque estudios recientes sugieren que la edad y el nivel de ingresos pueden estar asociados con la adherencia en las intervenciones online auto-guiadas: una mayor edad se asocia con una mayor adherencia. El bajo nivel de ingresos (<SMI) y el alto nivel de ingresos (>2 SMI) se asocian con una menor adherencia (Castro et al., 2018) al igual que el género masculino, bajo nivel educacional y presencia de síntomas de ansiedad comórbidos (Karyotaki et al., 2015). En nuestro estudio, la adherencia a lo largo del tiempo es algo mayor en el grupo de intervención Mindfulness, según se recoge en la tabla 18, donde las mujeres son mayor número respecto al grupo de intervención Estilo de vida, así como de mayor edad (sin ser significativa las diferencias). En relación al nivel educacional, ya señalamos que existía una diferencia significativa en el nivel de estudios, siendo más altos en el grupo de intervención de Mindfulness. Todo ello, se corresponde con los hallazgos referidos anteriormente en cuanto a la adherencia.

Resultaría de gran relevancia motivar a los pacientes para que sean constantes en el cambio (Stahl, Albert, Dew, Lockovich, & Reynolds, 2014) y reciban un feedback positivo que puede realizarse a través de los auto-registros o disponer de apoyo social (van Achterberg et al., 2011), algo de lo que nuestro estudio carece (Serrano Ripoll et al., 2015b).

Como reflexión final, podría decirse que, si revisamos la literatura científica a lo largo de los años en relación al tratamiento de la depresión, somos conscientes de que existen multitud de estudios comparativos bien entre diferentes tratamientos farmacológicos o entre alguno de ellos y placebo. Sin embargo, a pesar de la evidencia clínica demostrada en sólidos estudios de otras intervenciones terapéuticas, como pueden ser diferentes psicoterapias o la dieta y el ejercicio, son pocos los estudios comparativos a este nivel, en especial, en la práctica clínica. De hecho, nuestro estudio, constituye la primera ocasión en la que se realiza la comparación de dos intervenciones activas (añadidas al tratamiento farmacológico habitual) en la práctica clínica a través de TICs. Y es que, en nuestra práctica diaria, son muchos los pacientes que demandan otro tipo de intervenciones terapéuticas, resultando dificultoso llevarlo a cabo, dada la falta de recursos. Quizá por ello, resultaría interesante que se aunaran esfuerzos en analizar las verdaderas demandas de los pacientes y orientar la investigación en ese sentido, que en muchas ocasiones se puede derivar a intereses comerciales o inquietudes de ciertas líneas de investigación.

Como ya hemos comentado, en nuestro estudio, las dos intervenciones arrojan efectos comparables, pudiendo asignar cierto valor añadido a Mindfulness, atribuyéndolo al hecho probable de la continuidad en la práctica meditativa. De hecho, no es infrecuente contemplar en consulta, cómo pacientes que son capaces de mantener dicha práctica a lo largo del tiempo, se encuentran sin apenas darse cuenta con un cambio significativo en sus vidas, aprendiendo a “estar atentos, observar y actuar conscientemente”, lo que les hace mejorar su calidad de vida, resultando poco probable la recaída, tal y como lo apoya la bibliografía señalada al respecto.

6.1 LIMITACIONES y FORTALEZAS

El estudio presenta algunas limitaciones entre las que destacamos: la gravedad de la depresión, tamaño de la muestra estudiada, la tasa de abandonos y ausencia de registro de situación basal.

En relación a la gravedad de la depresión, aunque entre los criterios de inclusión figuraba que el PHQ-9 debía ser <14 puntos, nos encontramos que, a la hora de realizar el paciente las evaluaciones en el ordenador, obtenía puntuaciones mayores a las referidas al inicio. Dado que la media total al inicio fue algo superior a 14 puntos, estaríamos hablando de una muestra con criterios de depresión moderada-grave y no leve-moderada como se había planteado. Siendo así, nos planteamos hasta qué punto la gravedad de los síntomas puede haber dificultado poner en práctica las diferentes intervenciones.

La principal fortaleza es haber podido comparar por primera vez en condiciones de práctica habitual el potencial antidepressivo coadyuvante de dos intervenciones basadas en TICs (Mindfulness y Estilo de vida).

6.2 LÍNEAS DE FUTURO

Sería interesante diseñar estudios que nos ayuden a comprender y disminuir los abandonos. En esta línea se plantea la utilidad de contactar vía email o telefónicamente con los usuarios que no continúan con el programa (Botella et al., 2010) o mantener un contacto mínimo vía email con un terapeuta, como llevó a cabo el equipo de Andersson para el tratamiento de la fobia social, disminuyendo la tasa de abandonos a un 6,25% (Andersson et al., 2006). La supervisión también se ha valorado como un indicador que aumenta las posibilidades de adherencia (Stanton & Reaburn, 2014b), así como el contenido del temario (Thielsch & Thielsch, 2018).

Observando los resultados y viendo que ninguna intervención es superior a la otra, podríamos plantearnos la posibilidad de que el efecto sinérgico de ambas intervenciones fuese superior al de cada una por separado, abriendo así nuevas líneas de investigación para futuros estudios, como ha llevado a cabo el grupo de Murphy, en pacientes con enfermedad mental y síndrome metabólico comórbido (Murphy et al., 2019). Así, se podría estudiar implantar un programa de tratamiento complementario antidepressivo, algo sobre lo que nuestro grupo ha realizado algún estudio preliminar (García-Toro, et al).

Del mismo modo, sería interesante poder cuantificar la relación dosis-efecto entre la práctica de la atención plena y los beneficios clínicos, siendo necesario para ello monitorizar el tiempo de práctica diario, así como la cantidad de tiempo dedicado a MBCT mediante internet, pudiendo comparar así sus beneficios con los de la terapia cara a cara. La investigación encaminada a la validación de marcadores neurales de respuesta al tratamiento con MBCT permitirá avanzar en la optimización de respuesta al tratamiento (Segal & Walsh, 2016).


7 CONCLUSIONES

- En nuestro estudio ambos programas resultan ser igualmente eficaces como tratamiento antidepresivo complementario en condiciones de práctica habitual, por lo que no podemos aceptar la hipótesis de partida que establecía que el programa de Mindfulness sería más efectivo que el de Estilo de vida saludable en la mejoría de la depresión.
- Ambos grupos de intervención disminuyeron más del 50% su puntuación basal en la escala de Depresión PHQ 9, aunque no podemos deducir que esto se deba en exclusiva a los cambios inducidos en Mindfulness y/o Estilo de vida de los participantes.
- Al subdividir la muestra en pacientes que remiten y que no remiten encontramos un porcentaje de remisiones de más del 40% en Depresión Mayor a los 12 meses de la rama Mindfulness, frente al 27% del grupo de estilo de vida, lo cual apunta una tendencia interesante si comparamos estos datos con las de otras intervenciones antidepresivas.
- Aquellos pacientes que mejoraron más su capacidad Mindfulness medida con la escala FFMQ remitieron de su depresión en mayor medida.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

8 ANEXOS

ANEXO 1. Resolución de concesión de proyecto de investigación.

			RESULTADO EXPEDIENTE - PI13/01171	
Centro Solicitante: UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES				
Centro Realizador: UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES				
Título: Eficacia y coste-efectividad de tres intervenciones psicológicas de baja intensidad aplicadas por medio de TICs para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria: un estudio controlado				
RESOLUCIÓN PROVISIONAL DE CONCESIÓN				
Ayuda susceptible de ser cofinanciada por el FEDER				
Estado de Resolución Provisional de Concesión : CONCEDIDO				
PRESUPUESTO CONCEDIDO PROVISIONAL				
	1ª ANUALIDAD	2ª ANUALIDAD	3ª ANUALIDAD	TOTAL
BIENES/SRV	8.400,00	3.400,00	4.500,00	16.300,00
PERSONAL	0,00	0,00	0,00	0,00
VIAJES	0,00	500,00	1.000,00	1.500,00
SUBTOTALES	8.400,00	3.900,00	5.500,00	17.800,00
Costes ind. 21,00 %	1.764,00	819,00	1.155,00	3.738,00
TOTALES	10.164,00	4.719,00	6.655,00	21.538,00
PERSONAL CONCEDIDO PROVISIONAL CON CARGO AL PROYECTO				
Personal con Cargo		Concedido Provisional		
Titulado superior		0		
Titulado medio		0		
Técnico FP		0		
EQUIPO DE INVESTIGACIÓN				
Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Tipo	Ded.
MIQUEL	ROCA	BENASSAR	Colaborador	COMPARTIDA
CATALINA	MATEU	SABATER	Colaborador	UNICA
CATALINA	VICENS	CALDENTENY	Colaborador	UNICA
MARGARITA	GILJ	PLANAS	IP	UNICA
ROCÍO	GÓMEZ	JUANES	Colaborador	UNICA
RESOLUCIÓN PROVISIONAL DE CONCESIÓN				
<p>El Órgano Instructor, visto el Informe emitido por la Comisión de Selección (BOE Nº 140 de 12 de junio de 2013) en su reunión de 14 de octubre de 2013 y, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, propone la financiación de la ayuda solicitada para la realización de su proyecto en los términos económicos indicados anteriormente. El presupuesto solicitado se ha modificado en el proceso de evaluación de acuerdo con la valoración económica de los objetivos propuestos. Su ajuste final ha tenido en cuenta este hecho, la prioridad de su proyecto respecto a otras propuestas y, las limitaciones presupuestarias de la presente convocatoria.</p>				

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

ANEXO 2. Resolución del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC).



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LAS ILLES BALEARS

Ana Aurelia Iglesias Iglesias, Secretaria Técnica en funciones del Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears,

CERTIFICO:

Que este Comité, en la sesión celebrada el día 18 de diciembre (nº 12/13), evaluó los aspectos éticos de estudio nº **IB 2144/13 PI**, denominado **EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD DE TRES INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS DE BAJA INTENSIDAD APLICADAS MEDIANTE TIC EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO CONTROLADO**, de la investigadora principal Dra. Margalida Gili Planas del Departamento de Psicología de la Universidad de las Illes Balears.

Que se acuerda emitir **INFORME FAVORABLE** para la realización del proyecto de investigación.

Que el CEI-IB, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC.

Que, a la fecha de aprobación de este estudio, la composición del CEI-IB era la siguiente:

Presidente:	Joan Bargay Lleonart	Hematología
Vice-presidente:	Joan B. Soriano	Epidemiología
Secretaria:	Ana Aurelia Iglesias Iglesias	Secretaria en funciones
Vocales:	Sebastián Albertí Serrano	Biología
	Alberto Alonso Fernández	Neumología
	Felio José Bauzá Martorell	Derecho
	Miquel Bennasar Veny	Enfermería
	Bartolomé Bonet Serra	Pediatría
	Isabel M. Borrás Rosselló	Otorrinolaringología
	Francisco Campoamor Landín	Farmacología clínica
	Esther Cardo Jalón	Neurología pediátrica
	Magdalena Esteva Cantó	Medicina preventiva y salud pública
	Miquel Fiol Sala	Medicina intensiva
	José Mª Gámez Martínez	Cardiología
	Antoni Gamundí Gamundí	Biología
	Mauro García Toro	Psiquiatría
	Cristina Gil Membrado	Derecho
	Javier Martín Broto	Oncología
	Carmen Pata Iglesias	Farmacia
	José Ignacio Ramírez Manent	Medicina familiar y comunitaria
	Pere Riutord Sbert	Estomatología
	Llorenç Socías Crespi	Medicina intensiva
	Cristina Villena Portella	Biología

Palma, 18 de diciembre de 2013



Comitè d'Ètica de la Investigació de les Illes Balears (CEI-IB)
C/ de Jesús, 38A 07010 Palma Illes Balears

Tel.: 971 17 73 78 Fax: 971 17 73 07 A/e: ceic_ib@caib.es Web: <http://ceisalut.caib.es>

ANEXO 3. Cuestionario Médico de Recogida de Datos (CRD Médico).

CENTRO MÉDICO:

FECHA ENTREVISTA:

Cuestionario Médico de Recogida de Datos (CRD_Médico)

PROCEDIMIENTO A SEGUIR:

- Evaluar criterios inclusión/ exclusión al estudio.
- Informar al participante. Debe firmar el CI.
- Recabar datos personales.
- Entregar copia de CI e HIP. Informar de que le llamaremos para continuar.
- Informar a investigadores para comunicar los datos.

Contacto con Investigadores: 971 25 98 88

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:

APELLIDOS:

SEXO:

- Mujer
- Hombre

EDAD:

TELÉFONO DE CONTACTO:

CORREO ELECTRÓNICO (en mayúsculas):

ACCESO A INTERNET:

- Si
- No

TRATAMIENTO PRESCRITO:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mayores de 18 años
- Diagnóstico de depresión leve o moderada
- Duración de los síntomas depresivos dos meses o más
- Entender español hablado o escritos

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

- Acceso a internet desde el domicilio
- Otorgar consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Sufrir otra enfermedad que afectase al SNC
- Trastorno psiquiátrico grave (dependencia y abuso de sustancias, antecedentes de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastornos de alimentación, etc.) a excepción de patología ansiosa o de trastornos de la personalidad.
- Presencia de enfermedad médica, infecciosa o degenerativa grave no controlada, que pudiera interferir en la sintomatología afectiva.
- Presencia de ideas delirantes o alucinaciones congruentes o no con el estado de ánimo en el momento del estudio.
- Riesgo importante de suicidio

EN CASO DE RECHAZO O ABANDONO, especificar causa:

- No lo necesita
- No cree en su utilidad
- Falta de tiempo
- Falta de habilidad para el manejo del programa
- No le gustan los ordenadores
- No le gusta el programa / no se siente a gusto con su manejo
- Prefiere un trato personal
- Falta de confianza en la seguridad de los datos
- Otros motivos (especificar):

ANEXO 4. Información para el paciente.

Apreciado Sr/Sra.:

El Instituto de Salud Carlos III (que gestiona la Investigación del Ministerio de Sanidad), ha financiado el siguiente estudio:

EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD DE TRES INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS DE BAJA INTENSIDAD APLICADAS MEDIANTE TICs EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO CONTROLADO.

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir:

Objetivo del estudio:

El objetivo principal de este estudio es diseñar y evaluar la eficacia en Atención Primaria de tres intervenciones psicológicas: estilo de vida saludable, afecto positivo y mindfulness, aplicadas mediante tecnologías de la información y la comunicación (TICs).

Desarrollo del estudio:

En una primera fase del estudio se evaluará si los pacientes pueden participar o no en el mismo, aquellos pacientes que puedan participar en el estudio (fase 2) serán adscritos a una de estas cuatro condiciones: a) Programa psicoeducativo de Estilo de Vida Saludable + Tratamiento habitual por su médico de familia mejorado; b) Programa Mindfulness + Tratamiento habitual por su médico de familia mejorado; c) Programa Psicología Positiva + Tratamiento habitual por su médico de familia mejorado o d) Tratamiento habitual por su médico de familia mejorado.

Los tratamientos psicológicos consisten en un programa aplicado mediante TICs cuya primera sesión se realiza de manera presencial y en la que se explicará en que consiste el programa. El resto de los módulos (4 en total) los puede realizar desde su casa y a su propio ritmo, mediante el uso de ordenadores, tablets o *smartphones*.

Número de pacientes:

Los participantes de este estudio son 240 personas diagnosticadas de depresión leve o moderada, referidos desde su médico de cabecera en Atención Primaria.

Los participantes deben ser mayores de 18 y disponer de acceso a internet desde su domicilio.

Participación del paciente en el estudio:

En esta primera fase del estudio se recogerá la siguiente información que nos ayudará a conocer si cumple los criterios para ser incluido en el estudio:

1. Variables sociodemográficas, como género, edad, estado civil, nivel educativo, socioeconómico, y ocupación.

2. Variables psicológicas:

Inventario de depresión.

Entrevista diagnóstica psiquiátrica.

El investigador responsable se pondrá en contacto con usted una vez finalizada esta primera fase para indicarle su inclusión en el estudio y las indicaciones para participar en la segunda fase del estudio.

Beneficios/riesgos:

El beneficio para los pacientes por su participación en el estudio será la posibilidad de realizar una terapia novedosa y complementaria al tratamiento habitual de su médico. Además, el seguimiento sobre su enfermedad será más constante, de forma que cualquier problema será más rápidamente detectado con lo que se remitirá a recibir el tratamiento más adecuado.

No existen riesgos en la realización de estudio.

Participación voluntaria:

Su participación en el estudio es enteramente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Incluso si decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. En ningún caso esto afectará su atención médica posterior.

Confidencialidad:

El estudio se llevará a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre 2000), las Normas de Buena Práctica Clínica y cumpliendo la legislación vigente y la normativa legal vigente española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 1720/2007 que desarrolla la ley orgánica 15/99 y Ley 14/2007 de Investigación Biomédica).

Los datos serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación y se respetará la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y la ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Por tanto, la información generada en este ensayo será considerada estrictamente confidencial, entre las partes participantes.

Revisión Ética:

Un Comité Ético Independiente ha revisado los objetivos y características del estudio y ha dado su aprobación favorable.

Preguntas/Información:

Si usted o su familia tiene alguna pregunta con respecto al estudio puede contactar con el médico de familia que realiza el estudio o bien con el Investigador principal.

Si precisa más información, por favor, pregunte a su médico o a

Dra. Margalida Gili Planas

Fecha

Teléfono 971173081

ANEXO 5. Consentimiento informado.

Título del PROYECTO:

EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD DE TRES INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS DE BAJA INTENSIDAD APLICADAS MEDIANTE TICs EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO CONTROLADO.

Yo, (nombre y apellidos del/la participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: **sí** **no** (marque lo que proceda)

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

ANEXO 6. Cuestionario Médico de Recogida de Datos basal.

<p style="text-align: center;">PROTOCOLO</p> <p style="text-align: center;">Intervenciones psicológicas aplicadas mediante TICS para depresión</p> <p style="text-align: center;">PI13/01171</p>

BASAL

Nombre del/a paciente: _____
Centro de referencia: _____
Provincia: _____
Número de entrevista: _____
Fecha: _____
Nombre del entrevistador: _____
Teléfono de contacto: _____

1.- Variables Sociodemográficas

SEXO:

- Mujer
- Hombre

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____ **EDAD** _____

LUGAR DE RESIDENCIA: _____

ESTADO CIVIL:

- Casado/a o emparejado/a
- Soltero/a
- Separado/a Divorciado/a
- Viudo/a

CONVIVENCIA:

- Domicilio propio solo/a
- Domicilio propio con la pareja
- Domicilio propio con pareja y/o hijos
- Domicilio de familiares
- Domicilio de vecinos o amigos
- Residencia

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

- Otros (especificar):

NIVEL DE ESTUDIOS:

- No sabe leer ni escribir
 No cursados estudios, pero sabe leer y escribir
 Graduado escolar
 Estudios secundarios (BUP, bachillerato superior, COU, PREU, FP II)
 Estudios universitarios
 Otros (especificar):

SITUACIÓN LABORAL:

- Estudiante
 Ama de casa
 Desempleado/a Con subsidio Sin subsidio
 Empleado/a
 Empleado/a, pero está de baja laboral (ILT). Fecha inicio (dd/mm/aaaa): __/__/____
 Jubilado/a
 Incapacitado/a invalidez permanente
 Otros (especificar):

ANEXO 7. Manual del terapeuta para Sesión presencial de la intervención.

Programa Psicoeducativo de Estilo de Vida

Instrucciones generales para los terapeutas:

El objetivo principal de esta sesión es presentar una psicoeducación breve sobre los trastornos emocionales, motivar a los pacientes para el tratamiento e introducir brevemente el programa específico (en este caso, estilo de vida saludable).

- ❖ El formato de esta sesión es presencial y en grupo. A continuación, se presenta el contenido de esa sesión.
- ❖ Se utilizará la pizarra, material escrito y vídeos (si es posible) para apoyar el contenido verbal.
- ❖ Se utilizará un formato tipo taller en el que el terapeuta irá presentando los contenidos que se irán intercalando con ejercicios grupales.
- ❖ La sesión presencial tendrá una duración de 60 minutos.

Naturaleza de los trastornos emocionales y Motivación para el cambio.

En este módulo, queremos ayudaros a conseguir los siguientes objetivos:

Objetivos del Módulo

- Ofrecer información básica sobre la naturaleza de los trastornos emocionales.
- Ofrecer información sobre los contenidos y características generales del programa de tratamiento.
- Comprender la importancia de la evaluación, el uso de registros y la realización de tareas para casa.
- Aprender que es posible aumentar la motivación para lograr el cambio.

- Conocer los costes y beneficios de seguir funcionando igual y los costes y beneficios de cambiar.
- Introducir el programa de tratamiento específico y el manejo del programa *online*.

Contenidos terapéuticos:

1. Naturaleza de los trastornos emocionales.
2. ¿En qué consiste este programa?
3. La motivación y su importancia para el tratamiento.
 - 3.1. La ambivalencia como parte natural del proceso de cambio.
Ejercicio para aumentar la motivación para el cambio: Los costes y beneficios de seguir funcionando igual y los costes y beneficios del cambio.
4. Introducción al programa específico.
5. La importancia de la evaluación, el uso de registros y las tareas para casa durante el tratamiento.
6. Utilización del programa online.

1. Naturaleza de los trastornos emocionales

Este programa de tratamiento está dirigido a personas que sufren trastornos emocionales. En concreto, está diseñado para ayudar a aquellas personas que sufren síntomas de ansiedad y depresión y han recibido un diagnóstico de un trastorno depresivo (trastorno depresivo mayor o distimia). Las personas que sufren trastornos emocionales tienen una serie de síntomas de ansiedad y depresión que pueden llegar a resultar muy molestos. Estos síntomas pueden ser tan desagradables que la persona llega a evitar situaciones, o a realizar ciertas conductas con el fin de no experimentar esas emociones. El problema es que al intentar evitar sentir esas emociones, las personas limitan sus vidas y dejan de realizar actividades que son importantes en áreas como el trabajo, la familia, la vida social o el ocio. Además, puede que, con el tiempo, la

persona no pueda lograr objetivos y metas importantes, con lo que la calidad de vida se puede resentir significativamente.

Este programa de tratamiento incluye estrategias terapéuticas innovadoras y beneficiosas para el tratamiento de los trastornos emocionales. A continuación, os vamos a presentar ejemplos de personas que sufren depresión y se podrían beneficiar de este programa.

Nota para el terapeuta: Se pueden enseñar un par de vídeos. Hay 6 videos con personas que tienen sintomatología depresiva con distintas edades y circunstancias (se pueden elegir los vídeos en función de la composición del grupo). Si por alguna razón no se pueden visionar los vídeos, se ofrece aquí la descripción de dos de ellos.

Rosario tiene 50 años, está casada y tiene dos hijos, lleva trabajando 25 años como funcionaria. Desde hace 6 meses se siente mal, está pasando un mal momento y ya no disfruta de las cosas como antes, el día se le hace aburrido y difícil de afrontar...

David es un chico de 30 años. Es el mayor de 2 hermanos, está soltero y vive solo. Actualmente trabaja en una fábrica y lleva 6 años en la misma empresa. Anteriormente trabajaba como monitor de gimnasio, tenía novia y compartía gastos de hipoteca con ella, pero rompieron la relación hace dos años...

Tras conocer estos casos nos gustaría reflexionar con vosotros sobre lo siguiente:

Nota para el terapeuta: realizar este ejercicio en pizarra, señalando los síntomas que los pacientes tienen en común:

¿Qué síntomas os resultan más molestos o más amenazadores?, ¿Cuáles son los síntomas por los que creéis que necesitáis ayuda?
¿Qué emociones os provocan más problemas (tristeza, irritabilidad...)?
¿Cómo interfieren estos síntomas en vuestra vida? ¿Qué es lo que os impiden hacer o conseguir?

2. ¿En qué consiste este programa?

Este programa está pensado para ofreceros distintas estrategias que os ayudarán a aprender nuevas habilidades para el manejo de los síntomas desagradables que experimentáis. Se trata de aprender procedimientos para reducir el malestar y la interferencia que el problema está causando en vuestras vidas.

Un tratamiento psicológico es, en gran parte, un proceso de aprendizaje en el que vais a descubrir muchas cosas acerca de vosotros mismos. Aprenderéis nuevas habilidades que os recomendaremos practicar y practicar hasta que las dominéis y también podréis ser conscientes de algunos comportamientos que os dificultan el día a día, así como la manera de modificarlos. A lo largo de este proceso de aprendizaje, va a ser muy importante vuestra implicación personal, que mantengáis una actitud activa desde el inicio. Realmente, vosotros sois el elemento clave del tratamiento.

Para beneficiaros de los contenidos de este programa os recomendamos que tengáis en cuenta los siguientes aspectos:

Esfuerzo: Pensad si de verdad queréis beneficiaros de este programa. Realizar el programa va a requerir algo de tiempo y esfuerzo por vuestra parte. Es lo mismo que sucede con el aprendizaje de cualquier otra habilidad (como aprender inglés o aprender a conducir o a tocar el piano), cada una de ellas supone tiempo y esfuerzo.

Tiempo: Es muy importante que encontréis algunos momentos durante la semana para practicar las actividades que os proponemos.

Conexión a Internet: También es necesario disponer de conexión a Internet para acceder al programa.

Un lugar adecuado: Tened en cuenta que vais a necesitar un espacio desde el que podáis conectaros a Internet y en el que tengáis tranquilidad para poder concentraros en el programa. No es necesario que sea un espacio muy grande; pero recordad, es importante que en ese espacio os podáis concentrar en las cosas que os explica y os propone el programa.

Motivación: Puede que, al principio, tengáis mucho interés, muchas ganas y, por tanto, le dediquéis al programa una enorme cantidad de tiempo. Sin embargo, es preferible que vayáis poco a poco y realicéis todas las tareas que se os piden. Empezar muy deprisa, de forma acelerada y cansarse a los pocos días no os va a ayudar.

Es posible que, en algunos momentos, os invada el desánimo o dudéis de la utilidad que tiene para vosotros este programa, quizás penséis que no tiene mucho sentido practicar las estrategias que vais aprendiendo en el tratamiento *online*. Si ese es el caso, queremos que sepáis que actualmente hay muchas investigaciones científicas que claramente demuestran que este tipo de programas puede beneficiar a muchas personas como vosotros. Por eso, os pedimos que le deis una oportunidad. Para ello, reflexionaremos sobre las ventajas y desventajas de realizar cambios en vuestra vida

para afrontar el problema de otra forma, con el fin de estar más motivados a la hora de comenzar el tratamiento. Este programa consta de una serie de **módulos**. Cada uno de ellos tiene un objetivo diferente. Existen diferencias en la velocidad con la que las personas avanzan a lo largo del programa. Algunas personas necesitan un ritmo más lento y otras uno más rápido. Por eso, es difícil precisar cuánto tiempo podéis tardar en completar todos los módulos. Pero no os preocupéis por esto, tenéis tiempo de sobra para aprender y practicar todo lo que este programa os va a ofrecer. El programa se estructura en una serie de módulos. Los hemos llamado:

- ✓ Módulo 1: Empezando a cambiar de estilo de vida
- ✓ Módulo 2: Moviendo nuestro cuerpo
- ✓ Módulo 3: Aprendiendo a alimentarnos
- ✓ Módulo 4: La importancia de dormir bien

Presentar el ejemplo de otras personas: Otras personas han realizado un tratamiento *online* en Atención Primaria para tratar su problema emocional y le ha sido beneficioso. A continuación, veremos un vídeo en el que una persona que ha pasado por un tratamiento similar nos cuenta su experiencia.

Nota para el terapeuta: Aquí se visionará la experiencia de un paciente que ha recibido tratamiento *online*. En el caso de no ser posible enseñar el vídeo, se dispondrá de una transcripción completa del contenido. I.

3. La motivación y su importancia para el tratamiento.

Para obtener el máximo rendimiento de este tratamiento es muy importante vuestra motivación y vuestro compromiso. Realmente, la motivación para el cambio es el primer paso para comenzar a afrontar los problemas.

Cuanto más motivados y comprometidos estéis, más probable es que realicéis con éxito las diferentes tareas que os vamos a plantear en el tratamiento. Las investigaciones científicas señalan que la motivación y el compromiso respecto al cambio que tengáis en este momento son un excelente predictor de cómo os encontraréis cuando el

tratamiento finalice, ya que cuanto más participéis y os intereséis (esto es, realicéis las actividades, los registros, etc.) mayores probabilidades tendréis de lograr el cambio.

MOTIVACIÓN + COMPROMISO = ÉXITO

3.1. La ambivalencia como parte natural del proceso de cambio.

Es importante saber que la motivación no es algo fijo e inmutable, es algo que cambia a lo largo del tiempo. Tendréis momentos y días en los que la motivación será elevada y otros en los que completar los ejercicios y las actividades será más difícil. Es parte natural del proceso de cambio que tengáis estos altibajos. A veces sentiréis que el cambio es posible; en otros momentos os podéis sentir como si no quisierais cambiar y que no vale la pena el tiempo y esfuerzo que habéis dedicado. Es importante saber que es completamente normal tener estas dudas.

Esta ambivalencia es lo esperable al inicio de un proceso de cambio. Por una parte, queremos cambiar y, por la otra, nos mostramos resistente a dejar de funcionar como lo hemos venido haciendo durante todo este tiempo. Las personas experimentamos motivaciones contrapuestas, ya que existen tanto beneficios como costes en ambas partes del conflicto. Con la finalidad de potenciar vuestro compromiso y motivación para el cambio vamos a realizar un ejercicio.

Ejercicio: Los costes y beneficios de seguir funcionando igual y los costes y beneficios del cambio.

Nota para el terapeuta: Este ejercicio consiste en hacer una breve explicación de la tabla de balance decisonal, ejemplificarlo con un caso (el caso de Sara) y que los pacientes realicen su propia tabla de balance decisonal. Se les entregará a los pacientes la tabla de balance decisonal de Sara como ejemplo y la tabla de balance decisonal en blanco para que la rellenen.

A continuación, vamos a realizar un ejercicio que os ayudará a potenciar el compromiso y la motivación para el cambio. El objetivo de este ejercicio es reflexionar sobre si

vuestro comportamiento actual facilita o dificulta alcanzar lo que queréis conseguir.
Para ello vamos a trabajar con la **Tabla de Balance Decisional**.

	PROS/ BENEFICIOS	CONTRAS/COSTES
CAMBIO		
SEGUIR IGUAL		

Esta tabla os ayudará a cada uno de vosotros a reflexionar sobre las **razones a favor y las razones en contra, tanto de cambiar como de seguir funcionando igual**.

Pensar en el cambio o en empezar el programa puede **dar miedo**. Esto puede haceros **sentir ambivalencia hacia el cambio**. Pensáis que tal vez os sentiríais mejor si cambiarais la manera de funcionar, pero también os podéis mostrar resistentes a cambiar vuestro comportamiento.

Pensar en los “pros” y los “contras” de cambiar y de seguir en la misma situación, os ayudará a considerar el porqué de un posible cambio, y a que sintáis que este proceso de cambio es más manejable.

Es normal que os resulte difícil reconocer las razones en contra de continuar como estáis y, a veces, es posible que no queráis admitir estas razones, por el miedo a afrontar el cambio. Sin embargo, aquí es fundamental tener la valentía de ser sincero/a con uno mismo. Intentad reconocer todos los beneficios y todos los costes, tanto de cambiar como de seguir con el patrón habitual de comportamiento.

Recordad que en los momentos de baja motivación os será de gran ayuda repasar las razones que consideraréis importantes para cambiar vuestro comportamiento.

A continuación, os presentamos el ejemplo de Sara. Veréis la forma en que ella llegó a identificar sus beneficios y costes para cambiar. El caso de Sara os puede ayudar a identificar las diferentes opciones que pondríais en cada uno de los recuadros de la tabla de balance decisional.

Sara tiene 22 años, vive en un piso de estudiantes con otras tres compañeras desde hace un año. Estudia Magisterio Infantil y trabaja dando clases de repaso por las tardes.

Sara no se lleva muy bien con sus compañeras de piso. Dice que la dejan de lado, no la esperan nunca para comer, salen a tomar algo y no la avisan... ella no entiende por qué. Tiene ganas de irse del piso, pero dice que a mitad curso será muy difícil encontrar otro. Le gustaría vivir sola pero no tiene suficiente dinero para pagar un alquiler. Dice estar muy agobiada y sentirse "asfixiada". Las discusiones con ellas son continuas. Tiene dos amigas en clase con las que se lleva bien pero no tienen hueco en su piso para ella. Siempre que puede está fuera de casa (con su prima, amigas de clase...), pero empieza a notar que ya no disfruta igual que antes de estar con ellas. Tiene miedo porque no está bien dentro de casa y empieza a no estar a gusto tampoco fuera, por lo que cada vez sale menos de su habitación, se siente más triste y tiene más ganas de llorar.

Comenta que se siente mal por no disfrutar de sus amigas porque, junto con los estudios, es de lo poco que le queda. Subraya que su madre es un apoyo importante. En cuanto a los estudios, le cuesta más concentrarse y los exámenes no le fueron nada bien.

Tiene pensamientos del tipo: "Ni siquiera soy capaz de afrontar el día a día, no parece que la situación vaya a mejorar, ¿Seré yo el problema y por eso no me soportan? etc."

Explica que antes era una persona fuerte y con energía, pero que ahora, desde que la dejó su novio, se siente frágil, se cansa enseguida y cualquier decisión, por mínima que sea, le cuesta muchísimo. Donde mejor se siente es en su habitación metida en la cama, dice que allí, por lo menos, está tranquila.

A continuación, os presentamos la Tabla de Balance Decisional de Sara cumplimentada. Vemos que, pese a que no cambiar tiene beneficios, el coste es muy grande, lleva a Sara a tener una vida muy limitada y a experimentar un importante malestar. Por otro lado, aunque el cambio supone esfuerzo y no es fácil, los beneficios de cambiar son importantes.

Tabla de Balance decisional de Sara:

	PROS/ BENEFICIOS	CONTRAS/ COSTES
CAMBIO	<ul style="list-style-type: none"> - No tener que sufrir más. - Seré capaz de vivir una vida plena de nuevo. - Seré capaz de conocer a gente nueva y, con suerte, hacer nuevos amigos. - Podré empezar a salir. - Si completo con éxito el tratamiento, mi nuevo estilo de comportamiento y de interacción con el mundo se convertirá en una segunda naturaleza y sentiré que es tan fácil como mantener mi manera de funcionar actual. - Seguro que aprendo cosas. - Disfrutaré más de las cosas. - Disfrutaré de las cosas como hacía antes. - Realizaré actividades que son placenteras para mí y que he dejado de hacer. - Me encontrare más activa y con más energía. - Dejarán de preocuparme tanto mis pensamientos y emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambiar es difícil y será una tarea dura. - Esta es una parte de quien soy yo, soy una persona tímida. - Si fallo y no lo consigo, entonces las cosas serán desesperadamente difíciles para mí. - Si el tratamiento no funciona, voy a estar peor que antes. - Sé que me tendré que esforzar mucho para cambiar mi manera de funcionar. - Me da miedo que las cosas no salgan bien (me frustraré). - Siento que me falta valor para hacer frente a mis problemas.
SEGUIR IGUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Creo que cambiar mi comportamiento es un trabajo realmente duro. - Es algo que tendré que practicar durante mucho tiempo. - Es más sencillo seguir igual. - Sería más fácil no tener que pasar por todo esto. - Es más cómodo seguir así. - Es lo que estoy acostumbrada a hacer. - Llevo practicando actuar así desde hace mucho tiempo. - Me siento más segura funcionando como lo he venido haciendo hasta ahora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar así supone mucho esfuerzo, supone sufrir y estar siempre preocupada. - No puedo hacer muchas cosas (viajar, salir con mis amigos etc.). - Es muy cansado estar constantemente en guardia en las situaciones en las que puede invadirme el miedo. - Requiere mucha cantidad de esfuerzo y energía estar tan pendiente y alerta de lo que pasa a mi alrededor. - Continuaré sintiéndome de esta manera siempre. - Mi vida continuará estando limitada. - No podré conocer gente nueva. - No voy a ser capaz de empezar a salir. - Se requiere mucho tiempo y esfuerzo para evitar emociones incómodas que es lo que yo estoy haciendo. - Mis emociones y mi vida se están volviendo muy incómodas. - Siento que si sigo así cada vez haré menos cosas.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

Ahora cada uno de vosotros debe reflexionar sobre vuestra propia motivación para realizar este tratamiento. Vamos a trabajar unos minutos sobre vuestra propia Tabla de Balance Decisional. Rellenad las cajas con las diferentes razones que podéis tener para cambiar y para seguir igual.

Podemos utilizar el ejercicio de Balance Decisional de Sara como un ejemplo para ayudaros en la reflexión. Pensad un momento cada uno de vosotros: ¿Cómo responderías a las razones en *contra del cambio* y *a favor de seguir igual*? Registrad también cualquier respuesta en los *costes de seguir funcionando igual*. Para esto os puede ayudar pensar en las diferentes formas en que los síntomas interfieren en vuestro día a día y no os permiten vivir la vida como querrías. A la hora de rellenar el recuadro de los *beneficios del cambio*, os puede ayudar pensar cuántas de estas cosas podrán cambiar si realizáis con éxito el tratamiento; también reflexionar sobre aquello que os viene a la cabeza cuando pensáis en vosotros y en cómo será vuestra vida una vez resolváis vuestras dificultades.

En resumen, ahora podéis hacer vuestra propia Tabla de Balance Decisional. Este ejercicio os ayudará a afianzar vuestro compromiso y motivación para llevar a cabo el proceso de cambio.

Tabla de Balance Decisional

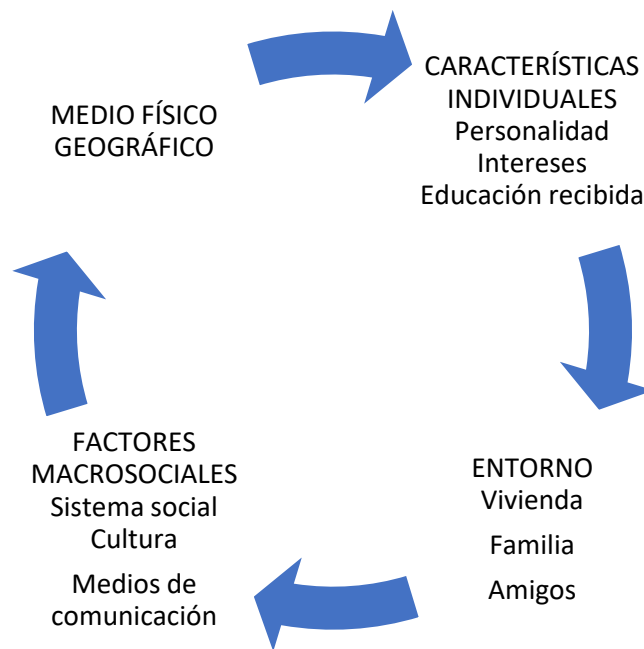
	PROS/ BENEFICIOS	CONTRAS/ COSTES
CAMBIO		
SEGUIR IGUAL		

4. Introducción al programa específico

A partir de ahora vais a poder acceder a los contenidos del programa desde vuestras casas, *online*. Este programa tiene como objetivo que entendáis la importancia de tener un estilo de vida saludable para la mejora del estado de ánimo. Veamos.

Cuando hablamos de **estilo de vida** nos referimos al conjunto de actitudes y comportamientos que tenemos cada uno de nosotros en nuestro día a día, tanto cuando estamos solos como cuando estamos con más gente. Desde la infancia, las personas vamos adquiriendo hábitos y repitiendo conductas que poco a poco forman lo que será nuestro estilo de vida: aprendemos a comer, adquirimos un patrón de sueño, empezamos a practicar algún deporte, etc. Estos patrones de conducta se aprenden de los padres, hermanos, amigos o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, la cultura, el clima, etc. A modo de ejemplo, no es lo mismo vivir en una zona como el Mediterráneo que tiene un clima con muchas horas de sol y que permite realizar actividades fuera de casa, que en un país nórdico donde el clima obliga a las personas a estar a llevar una vida con menos actividades sociales. A lo largo de la vida estas conductas se van modificando según los aprendizajes que vamos adquiriendo, por lo que el estilo de vida se puede CAMBIAR.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria



No todos los estilos de vida son adecuados para la salud, tanto física como psíquica. En este tratamiento trabajaremos para conseguir un **estilo de vida saludable**. Este estilo de vida consiste en una forma de vida que permite disminuir el riesgo de estar enfermo o de desarrollar un trastorno psicológico, o incluso, de una muerte temprana y tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen. Las conductas de riesgos como el tabaquismo, una dieta poco saludable, una conducta sedentaria o un excesivo consumo de alcohol son las principales causas de muerte por enfermedades en los países desarrollados. No todas las enfermedades se pueden evitar, pero muchas de ellas se pueden prevenir y se puede ayudar al tratamiento adoptando estilos de vida saludables. La **depresión** es una de ellas. El estilo de vida juega un papel muy importante en la aparición, el curso y el tratamiento de la depresión. Las personas deprimidas se alimentan mal, tienden al sedentarismo, sus hábitos de sueño se deterioran y al salir poco de casa se exponen poco a la luz solar. Con estos malos hábitos los síntomas empeoran y favorecen una espiral que se retroalimenta, puesto que cuanto más severa es la depresión más cuesta cambiarlos.



Lo que se pretende conseguir en este tratamiento es que entendáis la importancia de seguir un estilo de vida saludable, que conozcáis qué patrones de conducta son adecuados y que tengáis las herramientas necesarias para mejorar vuestro estilo de vida superando los obstáculos que puedan aparecer en este proceso de cambio y así poder mejorar vuestro estado de ánimo.

En el primer módulo **“Empezando a cambiar de estilo de vida”** veremos la importancia de seguir un estilo de vida saludable para nuestra salud emocional y nuestro bienestar en general. Además, aprenderemos a identificar conductas saludables y conductas de riesgo que afectan a nuestra salud y a reconocer qué excusas y obstáculos nos impiden adoptar un estilo de vida saludable. Por último, os animaremos a hacer algunos cambios para empezar a conseguir un estilo de vida saludable.

En el segundo módulo **“Moviendo nuestro cuerpo”** encontraremos información relacionada con la actividad física y el ejercicio físico. Cuando decimos actividad física nos referimos a mantenernos activos en nuestra vida cotidiana, lo cual tiene una estrecha relación con nuestro estado de ánimo. También hay cierto tipo de ejercicio físico, como salir a caminar, que se recomienda para mejorar nuestro bienestar emocional. Además, aprenderemos claves para aumentar la motivación y empezar a ser más activo/a en nuestra vida cotidiana. Trabajaremos las barreras que pueden impedir que realicemos ejercicio físico. Y por último te ayudaremos a dar los primeros pasos para empezar a realizar actividad física en tu vida cotidiana y mantener esta actividad de forma regular.

En el tercer módulo **“Aprendiendo a alimentarnos”** encontraremos información relacionada con la alimentación, especialmente, la relación de una alimentación sana y equilibrada con nuestra salud emocional, además de información sobre qué alimentos comer, cuándo comerlos y cómo cocinarlos para beneficiarse de ellos. Además, reflexionaremos sobre las barreras que pueden estar obstaculizando o impidiendo que llevemos una dieta equilibrada. También nos centraremos en incluir una dieta sana equilibrada en nuestro día a día y poder mantenerla de forma regular.

El último módulo, **“La importancia de dormir bien”** tiene como objetivo proporcionar información general sobre el sueño y sus alteraciones, así como también aprender a desarrollar sencillas estrategias para superar los problemas del sueño y conseguir dormir mejor.

5. La importancia de evaluar y registrar: “lo que sabemos acerca de nosotros puede ayudarnos”.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta es que en la experiencia de aprendizaje que vais a comenzar, es totalmente necesario conocer lo que os ocurre y saber en qué situación os encontráis. Por eso os pediremos que cumplimentéis unos **cuestionarios de evaluación** a lo largo del uso de este programa.

Además, para poder saber en cada momento en qué situación estáis, un aspecto fundamental es la utilización de **registros y las tareas para casa**. Los registros os van a servir para aprender muchas cosas sobre vuestras respuestas emocionales y para practicar las estrategias que vais a ir aprendiendo a lo largo del programa. Es muy importante que utilicéis los registros tal y como se os indica en este programa, ya que en esos registros se va a plasmar vuestra propia experiencia personal y esta información va a ayudaros a superar los problemas.

Las **tareas para casa** son también cruciales en este programa. En los distintos módulos os vamos a pedir que practiquéis estrategias con el fin de reducir el malestar y la interferencia que el problema os produce. Es muy importante que practiquéis en vuestro ambiente natural, en casa, con la familia, en el trabajo, con los amigos, etc. Nos interesa mucho que podáis enfrentaros a los síntomas en vuestra vida cotidiana y para eso necesitamos vuestro esfuerzo y vuestra dedicación. Sin práctica no hay aprendizaje.

Sabemos que la realización de estas evaluaciones y la utilización de registros va a suponer un esfuerzo importante. Sin embargo, es crucial que realicéis todas estas tareas para poder obtener los mayores beneficios del programa.

El **Diario de Actividad**. Una herramienta fundamental del programa es el Diario de Actividad. ¿Qué es este diario? Es muy sencillo, se trata de llevar a cabo un seguimiento de las cosas que hacéis en vuestro día a día.

En este diario registraréis en qué medida habéis estado activo/a durante las últimas 24 horas, en relación a cuatro áreas fundamentales de vida:

Área de relaciones personales: se refiere a esa parte de vuestra vida que está relacionada con la familia, amigos, pareja.

Área de formación/ocupación: se refiere al tiempo dedicado en desarrollar vuestra educación, profesión, o carrera. Puede incluir la educación formal, como la impartida en el colegio o la Universidad, pero puede también incluir la educación informal como el hecho de leer libros sobre un tema determinado. También incluye vuestro trabajo actual o la búsqueda de un nuevo trabajo.

Área de gustos y aficiones: esta área de vida se refiere al tiempo de ocio, cuando podéis divertirnos y relajarnos. Puede incluir también el hacer cosas por los demás, como el voluntariado.

Área de responsabilidades diarias: esta área de vida se refiere a vuestras obligaciones y responsabilidades (trámites, tareas del hogar, visitas al médico, hacer las compras, etc.).

Una vez que hayáis realizado el registro de cada área os pediremos que las puntuéis de acuerdo a dos aspectos:

Disfrute: Para la puntuación de disfrute, pensad EN GENERAL cuánto habéis disfrutado realizando estas actividades. Utilizaréis una escala de 0 a 100. Una puntuación de 0 significa que no habéis disfrutado en lo más mínimo. Una puntuación de 100 significa que habéis disfrutado muchísimo dichas actividades.

Acordes con vuestras metas vitales: Se trata de valorar en qué medida son importantes y significativas para vosotros esas actividades. Esto es, en qué medida están relacionadas con vuestros objetivos y metas vitales. Una puntuación de 0 significa que esas actividades no son nada importantes y una puntuación de 100 significa que tienen la máxima importancia en vuestra vida.

Recordad que algunas actividades pueden tener importancia para sobrevivir (como comprar y limpiar) pero no ser muy significativas en vuestra vida. Otras, pueden compartir ambos aspectos, como guisar que también es importante para sobrevivir y, a la vez, ser un momento importante de disfrute para algunas personas.

Mi estado de ánimo: Además de valorar el grado de disfrute e importancia para vuestra vida que tienen las actividades que realizáis, os pediremos también que registréis vuestro **estado de ánimo global** durante todo el día, al final del Diario de Actividad. Las puntuaciones pueden ir de 0 a 100, siendo 0 para el estado de ánimo más negativo y 100 para el más positivo.

Mis ganas de hacer cosas: Es importante que registréis en qué medida habéis experimentado ganas de hacer cosas durante todo el día, ganas de estar implicado con la vida.

Porcentaje del día activo: Finalmente, os pediremos que indiquéis también en qué medida consideráis que habéis estado activos durante las últimas 24 horas.

¿Qué utilidad tiene el Diario de Actividad? Proporciona una **medida de referencia** para comparar vuestros avances a lo largo de todo el programa. Podréis **daros cuenta** de vuestros patrones de comportamiento. Conocerlos os puede ayudar a aumentar vuestro nivel de actividad. Esto puede ayudaros a **tomar decisiones** en vuestra vida, también os puede dar ideas acerca de qué cosas podríais hacer para obtener un **mayor grado de bienestar**.

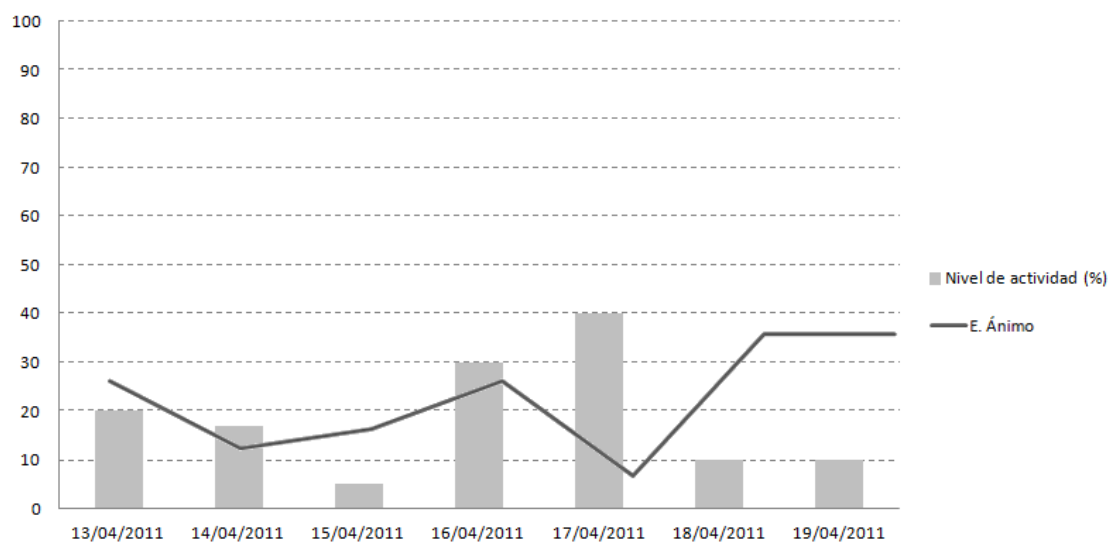
¿Cómo lo puedo hacer? Os recomendamos realizar el registro todos los días al finalizar el día, y si es posible, siempre aproximadamente a la misma hora. El programa os pedirá que cumplimentéis el registro y os recomendamos que, a medida que lo hagáis, penséis en qué actividades podéis hacer en cada una de esas áreas fundamentales de vida. Se trata de empezar a planificar un poco, qué cosas podéis hacer y os pueden gustar, en qué momento las podéis realizar, con quién contaréis para compartirlas, etc., esta planificación os ayudará a incorporarlas en vuestra vida diaria.

El Diario de Actividad proporciona información fundamental. Es posible que ahora tengáis una idea general de vuestro nivel de actividad, pero llevar a cabo un **registro más detallado** os permitirá ir viendo vuestra **evolución**. Comparar los resultados del diario a lo largo de todo el proceso os ayudará a tomar conciencia de si estáis realizando menos actividades gratificantes de lo que pensáis, o si las actividades que realizas son

agradables, si son significativas para vosotros, si son acordes a vuestros valores de vida, etc. Tomar conciencia de todo esto, así como de su relación con vuestro estado de ánimo, os puede motivar para realizar algún cambio en el día a día. Imaginaos que acudís al médico para una revisión y éste, además de examinaros os pide que te realicéis un análisis de sangre para completar su evaluación. Sin esa analítica, no tendrá un panorama completo de cómo os encontráis y no sabrá cómo proceder. El registro de actividad tiene esa misma importancia, ¡solo que no es necesario pincharse!

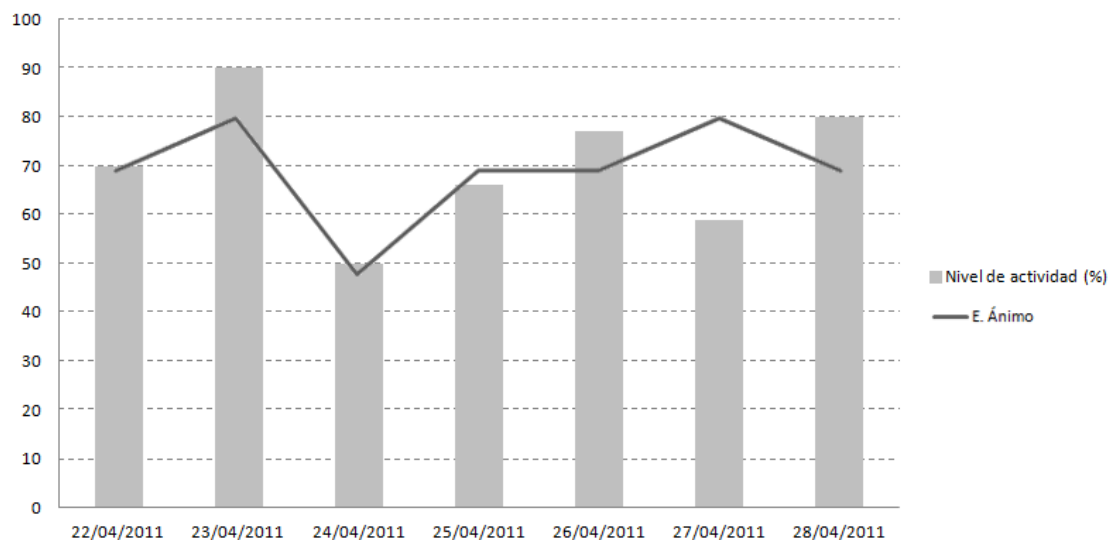
Ahora veremos de forma gráfica cómo se puede cumplimentar el Diario de Actividad. Primero vamos a mostraros el Diario sin cumplimentar para que veáis las opciones que os da. Además, en las gráficas 1.1 y 1.2 os mostramos el resultado que obtuvo Juana cuando empezó a realizar el programa. Como podéis ver, en la primera gráfica Juana estuvo un menor porcentaje del día implicada en actividades significativas lo que repercutió de forma negativa en su estado de ánimo.

Gráfica 1. 1



En cambio, en la gráfica 1.2 puede observarse cómo aumentó el porcentaje del día en el que Juana estuvo implicada en actividades significativas, lo que mejoró su estado de ánimo.

Gráfica 1.2



En resumen, el Diario de Actividad es sencillamente una herramienta para que podáis ver a qué cosas dedicáis vuestro tiempo y cómo influyen en vosotros esas actividades. Recordad que el conocimiento que tenemos sobre lo que hacemos es una información enormemente valiosa para nosotros.

6. Utilización del programa *online*

Un aspecto especial de este programa de tratamiento es que, a partir de esta sesión presencial, vais a realizar el resto del tratamiento mediante un programa *online*. Ahora vamos a dedicar unos minutos a entrar en el programa *online* y ver cómo funciona.

Nota para el terapeuta: Llevar un ordenador portátil y entrar en el programa para enseñarles cómo funciona (si no es posible se llevarán a la sesión un ejemplo de pantallas del programa por escrito). Ejemplificarlo con algún elemento del módulo 1. Ofrecer teléfonos de contacto para cualquier problema que pudiera surgir en el manejo del programa.

Cuando entréis en los módulos online, veréis que el programa os pedirá que pongáis en práctica las estrategias aprendidas en vuestra vida cotidiana (fuera del programa *online*). Esto es muy importante. Pensad en una caja de herramientas a la cual podéis acudir cuando tenéis algún problema. Os estamos dando valiosas herramientas. Es importante que practiquéis para aprender a usarlas. El programa también os va a enviar mensajes a vuestro móvil para motivaros y recordaros la importancia de hacer algunas cosas.

Y no lo olvidéis: **“La práctica hace al maestro”**.

A partir de esta sesión os pedimos que realicéis los módulos *online* (módulo 1, 2, 3 y 4) intentando mantener la motivación y practicando las estrategias que vayáis aprendiendo con el fin de mejorar vuestro problema y vuestro bienestar.

RESUMEN DEL MÓDULO Y CONCEPTOS CLAVE

Nota para el terapeuta: Al acabar esta parte de la sesión se puede hacer un resumen enfatizando los aspectos más relevantes (entregar este resumen a los pacientes como recordatorio):

En esta sesión hemos aprendido que los síntomas depresivos producen una interferencia importante en las vidas de las personas que los sufren. Por eso, el objetivo central de este programa de tratamiento es aprender estrategias que sirvan para que los síntomas disminuyan y podamos tener una vida más plena.

Hemos visto que cambiar no es sencillo y que podemos tener días “de baja moral” en los que sentiremos que no tenemos ganas de continuar. Por eso, es importante que aprendamos a motivarnos a nosotros mismos. Para ello es conveniente que tengamos claro por qué queremos cambiar y lo que queremos lograr. Cuando lleguen días en los que tengáis poca motivación no olvidéis todo lo que habéis aprendido en este módulo.

Recordad:

- Cuanto **más motivados y comprometidos** estéis, **más** probable es que realicéis los diferentes procedimientos del programa con **éxito**.
- La **motivación cambia** a lo largo del tiempo. Tendréis momentos y días en los que la motivación será elevada y otros en los que completar los ejercicios y las actividades os resultará más difícil.
- Las personas experimentamos **motivaciones contrapuestas**, hay tanto **beneficios** como **costes** en ambas partes del conflicto.

También hemos visto la importancia de la evaluación, el uso de registros y las tareas para casa. El tratamiento psicológico es una experiencia de aprendizaje. Es importante realizar evaluaciones periódicas, así como utilizar registros de los aspectos que se trabajan durante la terapia con el fin de conocer mejor lo que le ocurre a cada persona en concreto y poder valorar la evolución a lo largo de la aplicación del tratamiento. Es

importante también hacer las tareas para casa que os recomendará el programa *online* con el fin de practicar las estrategias aprendidas en vuestra vida cotidiana.

Programa basado en Mindfulness.

Este programa tiene como objetivo **tomar conciencia de que vivimos en una sociedad donde lo habitual es realizar múltiples tareas de manera simultánea**. Esta forma de proceder, típica de nuestra cultura occidental, genera altos niveles de inatención y distracción que tienen serios prejuicios sobre nuestra salud física y mental.

Ante esta situación, veremos que *mindfulness* es un antídoto. *Mindfulness*, descrito por Jon Kabat-Zinn como “*simplemente parar y estar presente*”, nos ayuda a darnos cuenta de la importancia que nuestras emociones y pensamientos tienen sobre nuestra experiencia. En nuestras vidas vamos a encontrar dificultades que nos van a provocar pensamientos y sentimientos negativos. Es muy importante **no confundir las experiencias de la vida con los pensamientos y sentimientos que nos generan**. Mindfulness es una técnica eficaz para hacernos dueños de nuestros propios procesos mentales mediante su manejo efectivo, dándonos cuenta de que podemos no identificarnos con nuestros pensamientos y emociones, y dejarlos pasar. Esta nueva forma de relacionarnos con nuestros fenómenos mentales nos dará una sensación de bienestar que no conocíamos y nos permitirá afrontar de forma más eficaz las situaciones de la vida diaria.

Cierto nivel de sufrimiento básico, que denominamos primario, es un elemento consustancial a la vida de todo ser humano (por ejemplo: envejecer, enfermar o morir). Sin embargo, **la mayor parte del sufrimiento que experimentamos** es secundario, es decir, **nos lo producimos nosotros mismos con nuestros pensamientos y emociones negativas** por no aceptar la realidad. Todo este sufrimiento es evitable y mindfulness nos permite ser conscientes de ello.

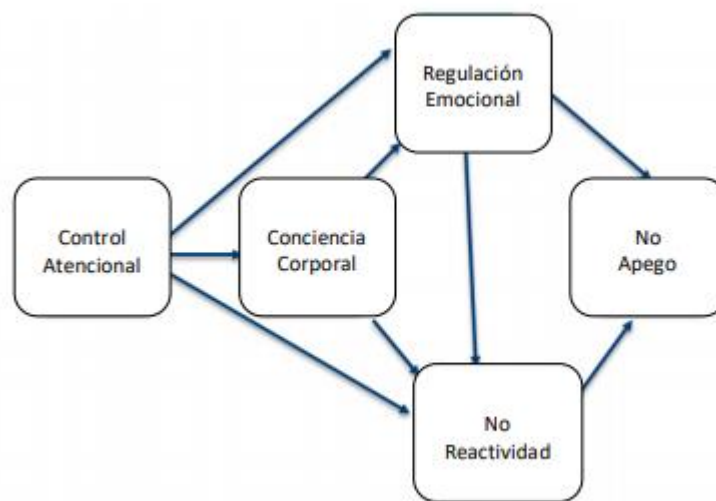
Para entender cómo *mindfulness* es capaz de conseguir todos estos cambios, veremos cómo actúa (figura 1). El primer cambio que se observa con *mindfulness* es un mejor **control de la atención**, que en vez de estar siempre dispersa nos permite estar presentes

en lo que hacemos. Como la mayoría de las prácticas de *mindfulness* se centran en el cuerpo, vamos a ir desarrollando una mayor conciencia y bienestar corporal.

Esta conciencia del cuerpo facilita que **regulemos mejor nuestras emociones**. Las emociones son, inicialmente, simples cambios corporales sobre los que sobreponemos pensamientos y sentimientos negativos. La atención permite experimentar estas sensaciones corporales de forma equilibrada sin las sensaciones negativas asociadas.

De esta forma **no reaccionamos** tan intensa y negativamente a las situaciones que acontecen y, al final, conseguimos **no quedarnos atrapados** por las cosas que nos pasan sino tener una sensación de libertad y de fluir en el día a día.

Figura 1: Cómo actúa mindfulness.



La vida de todo ser humano, para que sea más plena y feliz, debe ir ligada a unos **valores**, una meta final hacia la que dirigimos y que dé sentido y relevancia a nuestras vidas, a pesar de las adversidades. Esta sensación de que nuestra vida tiene un sentido es clave para el bienestar psicológico y vale la pena reflexionar sobre ello.

Por último, otro aspecto importante y a menudo mal entendido en nuestra cultura occidental, es el **concepto de compasión**. Se define como el deseo de que, tanto

nosotros como el resto de los seres que viven en el mundo, podamos alcanzar la felicidad y escapar del sufrimiento. A menudo, somos muy exigentes con nosotros mismos y desarrollamos sentimientos de culpa. Y también, con frecuencia, Control Atencional Conciencia Corporal Regulación Emocional No Apego No Reactividad mantenemos resentimientos hacia otras personas por diferentes razones. Los estudios científicos demuestran que la culpa y el odio son emociones muy destructivas para nuestra salud física y psicológica y, por ello, deberíamos evitarlas. La compasión nos permite establecer una relación diferente con nosotros mismos y con los demás, más amable, y ligada al bienestar.

En el primer módulo, **“Conociendo mindfulness (atención plena)”**, veremos la importancia de establecer una práctica habitual de mindfulness. Vivimos en una sociedad estresante, en la que los niveles de falta de atención son muy elevados. Mindfulness permite estar presente, de momento en momento. También veremos e intentaremos corregir los principales prejuicios que existen sobre mindfulness, desglosaremos los beneficios que nos puede aportar y las principales recomendaciones para su práctica. Finalizaremos el módulo con una primera práctica para poder entender mejor qué es mindfulness: “el ejercicio de la uva pasa”.

En el segundo módulo, **“Estableciendo una práctica formal e informal”**, nos centraremos en la importancia de establecer no sólo una práctica formal de meditación sino también una práctica habitual durante la vida diaria, lo que llamamos práctica informal. Aprenderemos a diferenciar entre uno y otro tipo de mindfulness, a adoptar la postura correcta en su ejercicio, así como la importancia de efectuar una respiración adecuada. A través de un nuevo ejercicio, “el ejercicio de los tres minutos”, trabajaremos la atención plena en el cuerpo.

En el tercer módulo, **“Manejo de pensamientos, escáner corporal y valores”**, analizaremos la importancia de los valores para mantener de forma habitual una práctica como mindfulness. Aprenderemos a diferenciar entre nuestras experiencias y las emociones y pensamientos que las acompañan. Mediante la técnica del descentramiento, aprenderemos a manejar nuestros pensamientos en lugar de intentar evitarlos. Practicaremos el ejercicio de “body scan” o escáner corporal para adquirir

mayor conciencia de nuestro cuerpo. Finalmente, para introducirnos en la importancia de los valores, aprenderemos los conceptos de sufrimiento primario frente al sufrimiento secundario.

El último módulo, **“Autocompasión. Incorporando mindfulness en la vida diaria”**, tiene como objetivo aprender estrategias para estructurar una práctica habitual de mindfulness que pueda mantenerse indefinidamente. En primer lugar, aprenderemos una práctica muy potente que por sí misma ha demostrado eficacia, la autocompasión. Para la introducción de mindfulness en nuestra vida diaria aprenderemos a caminar con atención plena y escribiremos un diario de práctica de mindfulness.

La importancia de evaluar y registrar: “lo que sabemos acerca de nosotros puede ayudarnos”.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta es que en la experiencia de aprendizaje que van a comenzar, **es necesario que conozcan lo que les ocurre y saber en qué situación os encontráis**. Por eso se les pedirá que cumplimenten unos **cuestionarios de evaluación** a lo largo del uso de este programa.

Además, para poder saber en cada momento en qué situación están, un aspecto fundamental es la utilización de **registros (o diarios)** y las **tareas para casa**. Los registros van a servir para aprender muchas cosas sobre sus respuestas emocionales y para practicar las estrategias que van a ir aprendiendo a lo largo del programa. Es muy importante que utilicen los registros tal y como se les indica durante el programa, ya que en esos registros se va a plasmar sus propias experiencias personales y esta información va a ayudarles a superar los problemas.

Las tareas para casa son también cruciales en este programa. En los distintos módulos se les va a pedir que practiquen estrategias con el fin de reducir el malestar y la interferencia que el problema les produce. Es muy importante que practiquen en sus ambientes naturales, en casa, con la familia, en el trabajo, con los amigos, etc. Nos

interesa mucho que puedan enfrentarse a los síntomas en su vida cotidiana y para eso necesitamos su esfuerzo y su dedicación. Sin práctica no hay aprendizaje.

Se les hace saber que la realización de estas evaluaciones y la utilización de registros y diarios van a suponer un esfuerzo importante. Sin embargo, es crucial que realicen todas estas tareas para poder obtener los mayores beneficios del programa.

Utilización del programa online.

Un aspecto especial de este programa de tratamiento es que, a partir de este momento, vais a realizar el resto del tratamiento mediante un programa online. Ahora vamos a dedicar unos minutos a entrar en el programa online y ver cómo funciona.

Nota para el terapeuta: Llevar un ordenador portátil y entrar en el programa para enseñarles cómo funciona (si no es posible se llevarán a la sesión un ejemplo de pantallas del programa por escrito). Ejemplificarlo con algún elemento del módulo 1. Ofrecer teléfonos de contacto para cualquier problema que pudiera surgir en el manejo del programa.

Cuando entréis en los módulos online, veréis que el programa os pedirá que pongáis en práctica las estrategias aprendidas en vuestra vida cotidiana (fuera del programa online). Esto es muy importante. Pensad en una caja de herramientas a la cual podéis acudir cuando tenéis algún problema. Os estamos dando valiosas herramientas. Es importante que practiquéis para aprender a usarlas. El programa también os va a enviar mensajes a vuestro móvil para motivaros y recordaros la importancia de hacer algunas cosas.

Y no lo olvidéis: “La práctica hace al maestro”.

A partir de esta sesión os pedimos que realicéis los módulos online (módulo 1, 2, 3 y 4) intentando mantener la motivación y practicando las estrategias que vayáis aprendiendo con el fin de mejorar los síntomas desagradables que estáis experimentando y potenciar vuestro bienestar.

Se les pide a los pacientes que lean con atención el contenido de este módulo y que revisen todo el material que incluye

RESUMEN DEL MÓDULO Y CONCEPTOS CLAVE

Nota para el terapeuta:

Al acabar esta parte de la sesión se puede hacer un resumen enfatizando los aspectos más relevantes (entregar este resumen a los pacientes como recordatorio). Asimismo, todos los contenidos del módulo se encuentran en el manual del paciente:

En esta sesión, hemos aprendido que los síntomas depresivos producen una interferencia importante en las vidas de las personas que los sufren. Por eso, el objetivo central de este programa de tratamiento es aprender estrategias que sirvan para que los síntomas disminuyan y sea posible tener una vida más satisfactoria, una vida más plena.

Hemos visto que cambiar no es sencillo y que podemos tener días “de baja moral” en los que sentiremos que no tenemos ganas de continuar. Por eso, es importante que aprendamos a motivarnos a nosotros mismos. Para ello, es conveniente que tengamos claro **por qué** queremos cambiar y **qué** queremos lograr. Cuando lleguen días en los que tengáis poca motivación no olvidéis todo lo que habéis aprendido en este módulo.

Recordad:

- Cuanto **más motivados y comprometidos** estéis, **más** probable es que realicéis los diferentes procedimientos del programa con **éxito**.
- La **motivación cambia y fluctúa** a lo largo del tiempo. Tendréis momentos y días en los que la motivación será elevada y otros en los que completar los ejercicios y las actividades os resultará más difícil.
- Las personas experimentamos **motivaciones contrapuestas**, hay tanto **beneficios** como **costes** en ambas partes del conflicto.

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

También hemos visto la importancia de la evaluación, el uso de registros y las tareas para casa. Un tratamiento psicológico es una experiencia de aprendizaje. Es importante realizar evaluaciones periódicas, así como utilizar registros de los aspectos que se trabajan durante la terapia con el fin de conocer mejor lo que le ocurre a cada persona en concreto y poder valorar la evolución a lo largo de la aplicación del tratamiento. Es importante también hacer las tareas para casa que os recomendará el programa online con el fin de practicar en vuestra vida cotidiana las estrategias aprendidas

ANEXO 8. Documentación para paciente durante la sesión presencial.

SESIÓN PRESENCIAL:

**Intervenciones Psicológicas aplicadas
mediante TICs para Depresión**

Anexo para el participante

Ejemplos de personas que sufren trastornos depresivos

A continuación, te mostramos dos ejemplos de personas que sufren actualmente algún trastorno depresivo y que podrían beneficiarse del tratamiento online que aquí te ofrecemos:

CASO 1: Rosario

Rosario tiene 50 años, está casada y tiene dos hijos, lleva trabajando 25 años como funcionaria. Desde hace 6 meses se siente mal, está pasando un mal momento. “Es que ya no disfruto de las cosas como antes, el día a día se me hace aburrido y difícil de afrontar”. Su hija mayor tiene 26 años y, recientemente, se ha ido de casa para vivir con su pareja. Ella era un gran apoyo para Rosario. Su hijo pequeño de 22 años todavía sigue en casa, pero no es muy comunicativo con Rosario. “Él es menos afectuoso y va más a la suya, además tiene novia y los fines de semana ya no viene a casa, ni nada”. La relación de Rosario con su marido es mínima y cada vez es peor, pues cada día tienen más y más discusiones. “Es que no encuentro nada que me ilusione, todos los días lo mismo, hacer las faenas de la casa, discutir con mi marido, estoy harta de esta situación”. Rosario no realiza actividades que le gusten y tampoco tiene ganas de hacerlas. Nota que está nerviosa y más irritable de lo habitual, a la mínima cosa que le dicen, salta y se pone a gritar, sobre todo si los comentarios los hace su marido, ya que se los toma a la tremenda. “Yo sé que, a veces, me paso y estos enfados son injustificados, pero es que no puedo remediarlo, estoy harta, de verdad, es que no sirvo para nada, soy un desastre. Voy a conseguir que mi familia se rompa”. A Rosario le cuesta dormirse por la noche y, cuando lo consigue, se despierta fácilmente y le cuesta mucho volverse a dormir. No tiene relaciones sexuales con su pareja desde hace mucho tiempo y comenta que cada vez tiene menos ganas. “Es que me encuentro siempre intranquila, cansada, lo único que me satisface es comer. He engordado 4 kilos en estos últimos meses”. Como Rosario, hay otras muchas personas que se sienten ansiosas, tristes e irritables después de un cambio reciente en su vida. Quizás este programa pueda ayudarlas. Te invitamos a descubrir el programa.

Mis observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CASO 2: David

Es un chico de 30 años. Es el mayor de 2 hermanos, está soltero y vive solo en Barcelona, donde trabaja. Su familia vive en otra ciudad. Actualmente, David trabaja en una fábrica y lleva 6 años en la misma empresa. Anteriormente, trabajó durante varios años en un gimnasio como monitor y profesor de artes marciales. Tenía una novia y compartía con ella los gastos de la hipoteca de su casa, pero rompieron la relación hace dos años. “Bueno, pues de lo que a mí realmente me gusta trabajar es de monitor de gimnasio, pero sé que no puedo vivir de ello. Yo con mi ex novia me compré una casa y la hipoteca es muy elevada y, bueno, antes compartíamos gastos, pero ahora me tengo que hacer yo cargo de toda la hipoteca y la verdad que no llego a fin de mes solo con lo de monitor y aquí estoy. Es algo que me gusta, pero, bueno, lo que manda es la economía y tengo que hacer frente a la hipoteca”. La ruptura con su novia fue bastante dolorosa, ya que ella lo dejó y al poco tiempo ya estaba con otro. “Por otro lado, mi ex novia, me sentí un poquito utilizado, incluso llegué a ser algo calzonazos y, todo para nada, porque al final me dejó por otro”. Hace un año, David conoció a otra chica en el gimnasio, es una chica que buscaba una relación estable. “Bueno, también ahora, bueno sí, esta chica que he conocido, sí, me gusta y la veo buena para mí, pero a mí no me acaba, no llego a, no llego a verla, no llego a ver la relación y me siento, me siento incómodo porque no sé cómo hacer, claro, a mí me han dejado, y yo ya no sé, no quiero que ella se sienta o que sienta lo que yo he sentido. Y, claro, para mí es una relación en la que me siento

incómodo, aunque es muy buena chica, y merece la pena, pero no lo veo”. David se siente agobiado y estresado en la situación en la que está. No puede decidir sobre su vida, ya que el hecho de tener que tomar la más mínima decisión, le parece un mundo. “Pues claro, ante esta situación estoy en un mar dudas, incluso me siento que la estoy engañando y no sé qué tengo que hacer, la verdad que yo no quiero hacerle daño, no quiero hacerme a mí daño, y estoy algo indeciso”. En el trabajo no disfruta, se siente cansado y fatigado, ya que muchos días tiene que hacer horas extra, pero sabe que no tiene alternativa y que tiene que ceder a esas demandas de sus jefes. Se siente inútil, piensa que ya no sabe hacer las cosas como antes. La única actividad que le gusta es ir al gimnasio, porque le sirve para desahogarse, ya casi no sale con los amigos porque no le apetece, solo los ve cuando va al gimnasio. “Últimamente, me encuentro muy cansado y, aunque duermo, me levanto igual o más cansado, y esto me está llevando a tener muchas discusiones con mi novia. Es que ella nota que ni siquiera me apetece tener relaciones con ella y, claro, yo estoy en un momento muy sensible y, a la mínima, salto, me altero e incluso llego a culparle a ella de todos mis problemas, y siempre acaba todo en discusiones”. Como David, hay otras personas que no sienten satisfacción con alguna esfera de su vida y se encuentran desorientadas, confusas y tristes. Quizás este programa pueda ayudarlas. Te invitamos a descubrir el programa.

Mis observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EN VUESTRO CASO...:

¿Qué síntomas os resultan más molestos o más amenazadores?, ¿Cuáles son los síntomas por los que creéis que necesitáis ayuda?

¿Qué emociones os provocan más problemas (tristeza, irritabilidad...)?

¿Cómo interfieren estos síntomas en vuestra vida? ¿Qué es lo que os impiden hacer o conseguir?

CASO 3: Sara

Sara tiene 22 años, vive en un piso de estudiantes con otras tres compañeras desde hace un año. Estudia Magisterio Infantil y trabaja dando clases de repaso por las tardes.

Sara no se lleva muy bien con sus compañeras de piso. Dice que la dejan de lado, no la esperan nunca para comer, salen a tomar algo y no la avisan... ella no entiende por qué. Tiene ganas de irse del piso, pero dice que a mitad curso será muy difícil encontrar otro. Le gustaría vivir sola pero no tiene suficiente dinero para pagar un alquiler. Dice estar muy agobiada y sentirse "asfixiada". Las discusiones con ellas son continuas. Tiene dos amigas en clase con las que se lleva bien pero no tienen hueco en su piso para ella. Siempre que puede está fuera de casa (con su prima, amigas de clase...), pero empieza a notar que ya no disfruta igual que antes de estar con ellas. Tiene miedo porque no está bien dentro de casa y empieza a no estar a gusto tampoco fuera, por lo que cada vez sale menos de su habitación, se siente más triste y tiene más ganas de llorar.

Comenta que se siente mal por no disfrutar de sus amigas porque, junto con los estudios, es de lo poco que le queda. Subraya que su madre es un apoyo importante. En cuanto a los estudios, le cuesta más concentrarse y los exámenes no le fueron nada bien.

Tiene pensamientos del tipo: "Ni siquiera soy capaz de afrontar el día a día, no parece que la situación vaya a mejorar, ¿Seré yo el problema y por eso no me soportan? etc.". Explica que antes era una persona fuerte y con energía, pero que ahora, desde que la dejó su novio, se siente frágil, se cansa enseguida y cualquier decisión, por mínima que sea, le cuesta muchísimo. Donde mejor se siente es en su habitación metida en la cama, dice que allí, por lo menos, está tranquila.

Mis observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

Tabla de Balance decisional de Sara:

	PROS/ BENEFICIOS	CONTRAS/ COSTES
CAMBIO	<ul style="list-style-type: none"> - No tener que sufrir más. - Seré capaz de vivir una vida plena de nuevo. - Seré capaz de conocer a gente nueva y, con suerte, hacer nuevos amigos. - Podré empezar a salir. - Si completo con éxito el tratamiento, mi nuevo estilo de comportamiento y de interacción con el mundo se convertirá en una segunda naturaleza y sentiré que es tan fácil como mantener mi manera de funcionar actual. - Seguro que aprendo cosas. - Disfrutaré más de las cosas. - Disfrutaré de las cosas como hacía antes. - Realizaré actividades que son placenteras para mí y que he dejado de hacer. - Me encontrare más activa y con más energía. - Dejarán de preocuparme tanto mis pensamientos y emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cambiar es difícil y será una tarea dura. - Esta es una parte de quien soy yo, soy una persona tímida. - Si fallo y no lo consigo, entonces las cosas serán desesperadamente difíciles para mí. - Si el tratamiento no funciona, voy a estar peor que antes. - Sé que me tendré que esforzar mucho para cambiar mi manera de funcionar. - Me da miedo que las cosas no salgan bien (me frustraré). - Siento que me falta valor para hacer frente a mis problemas.
SEGUIR IGUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Creo que cambiar mi comportamiento es un trabajo realmente duro. - Es algo que tendré que practicar durante mucho tiempo. - Es más sencillo seguir igual. - Sería más fácil no tener que pasar por todo esto. - Es más cómodo seguir así. - Es lo que estoy acostumbrada a hacer. - Llevo practicando actuar así desde hace mucho tiempo. - Me siento más segura funcionando como lo he venido haciendo hasta ahora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar así supone mucho esfuerzo, supone sufrir y estar siempre preocupada. - No puedo hacer muchas cosas (viajar, salir con mis amigos etc.). - Es muy cansado estar constantemente en guardia en las situaciones en las que puede invadirme el miedo. - Requiere mucha cantidad de esfuerzo y energía estar tan pendiente y alerta de lo que pasa a mi alrededor. - Continuaré sintiéndome de esta manera siempre. - Mi vida continuará estando limitada. - No podré conocer gente nueva. - No voy a ser capaz de empezar a salir. - Se requiere mucho tiempo y esfuerzo para evitar emociones incómodas que es lo que yo estoy haciendo. - Mis emociones y mi vida se están volviendo muy incómodas. - Siento que si sigo así cada vez haré menos cosas.

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

Tabla de Balance Decisional:

	PROS/ BENEFICIOS	CONTRAS/ COSTES
CAMBIO		
SEGUIR IGUAL		

RESUMEN Y CONCEPTOS CLAVE

En esta sesión hemos aprendido que los síntomas depresivos producen una interferencia importante en las vidas de las personas que los sufren. Por eso, el objetivo central de este programa de tratamiento es aprender estrategias que sirvan para que los síntomas disminuyan y podamos tener una vida más plena.

Hemos visto que cambiar no es sencillo y que podemos tener días “de baja moral” en los que sentiremos que no tenemos ganas de continuar. Por eso, es importante que aprendamos a motivarnos a nosotros mismos. Para ello es conveniente que tengamos claro por qué queremos cambiar y lo que queremos lograr. Cuando lleguen días en los que tengáis poca motivación no olvidéis todo lo que habéis aprendido en este módulo.

Recordad:

- Cuando **más motivados y comprometidos** estéis, **más** probable es que realicéis los diferentes procedimientos del programa con **éxito**.
- La **motivación cambia** a lo largo del tiempo. Tendréis momentos y días en los que la motivación será elevada y otros en los que completar los ejercicios y las actividades os resultará más difícil.
- Las personas experimentamos **motivaciones contrapuestas**, hay tanto **beneficios** como **costes** en ambas partes del conflicto.

También hemos visto la importancia de la evaluación, el uso de registros y las tareas para casa. El tratamiento psicológico es una experiencia de aprendizaje. Es importante realizar evaluaciones periódicas, así como utilizar registros de los aspectos que se trabajan durante la terapia con el fin de conocer mejor lo que le ocurre a cada persona en concreto y poder valorar la evolución a lo largo de la aplicación del tratamiento. Es importante también hacer las tareas para casa que os recomendará el programa *online* con el fin de practicar las estrategias aprendidas en vuestra vida cotidiana.

ANEXO 9. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR sí , SI CONTESTÓ sí EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas en los que se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas y tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses sin depresión o sin falta de interés por la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

ANEXO 10. PHQ-9 Patient Health Questionnaire.

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? <i>(Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)</i>	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna dificultad <input type="checkbox"/>	Algunas dificultades <input type="checkbox"/>	Muchas dificultades <input type="checkbox"/>	Muchísimas dificultades <input type="checkbox"/>
---	---	--	--

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

ANEXO 11. Positive And Negative Affects Schedule (PANAS).

INSTRUCCIONES: A continuación se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lee cada una de ellas y contesta hasta qué punto sueles sentirte HABITUALMENTE de la forma que indica cada expresión.

	1 NADA O CASI NADA	2 UN POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO	5 MUCHÍSIMO
1. Interesado/a por las cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Estresado/a, tenso/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Emocionado/a, ilusionado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Disgustado/a, molesto/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Con energía, con vitalidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Culpable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Asustado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hostil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Entusiasmado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Orgullosa/a (de algo), satisfecho/a conmigo mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Irritable, malhumorado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Despejado/a, despierto/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Avergonzado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Inspirado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nervioso/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Decidido/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Atento/a (a las cosas), concentrado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Intranquilo/a, inquieto/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Activo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Con miedo, miedoso/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 12. Cuestionario salud EUROQOL-5D.

Marque con una (X) las afirmaciones que describan mejor su estado de salud de **hoy**.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades Cotidianas (ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo dolor o malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable vs un programa basado en mindfulness aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es (por favor, marque un cuadro):

Mejor

Igual

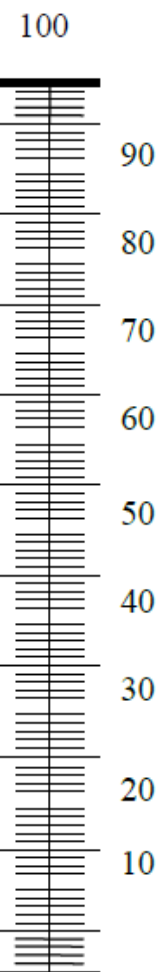
Peor

El mejor estado de salud imaginable

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno y malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud HOY



ANEXO 13. Cuestionario SF12 sobre el estado de salud.

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1	2	3
	Si, me limita mucho	Si, me limita	No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, Pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más De 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Subir **varios** pisos por la escalera

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1	2
SI	NO

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, **por algún problema emocional**?

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema emocional**?

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**

Anexo 14. Cuestionario FFMQ que evalúa cinco factores de *mindfulness*.

Tabla 3. Cuestionario de las cinco facetas de *mindfulness* (FFMQ)

Por favor, califica cada una de las siguientes afirmaciones según la escala propuesta.
 Marca con una "X" la frecuencia que describe de la mejor manera tu opinión sobre cuán cierto es cada afirmación para ti.
 1 = Nunca o muy rara vez cierto
 2 = Rara vez cierto
 3 = Algunas veces cierto
 4 = A menudo cierto
 5 = Muy a menudo o siempre cierto

Afirmación	1	2	3	4	5
1. Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento					
2. Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos					
3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas					
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos					
5. Cuando hago algo, mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente					
6. Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo					
7. Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas					
8. No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera					
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos					
10. Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo					
11. Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones					
12. Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando					
13. Me distraigo fácilmente					
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de tal manera					
15. Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro					
16. Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas					
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos					
18. Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente					
19. Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales perturbadoras, me "detengo" y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí					
20. Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos					
21. En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente					
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla, pues no puedo encontrar las palabras indicadas					
23. Parece que actúo en "piloto automático", sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo					
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales perturbadoras, recobro la calma poco después					
25. Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando					
26. Percibo los olores y aromas de las cosas					
27. Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras					
28. Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas					
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales perturbadoras, soy capaz de observarlas sin reaccionar					
30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentir las					
31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra					
32. Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras					
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes aflitivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.					
34. Realizo deberes o tareas de manera automática sin ser consciente de lo que estoy haciendo					
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflitivas, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental					
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y comportamiento					
37. Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado					
38. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención					
39. Me desapruero cuando tengo ideas irracionales					

Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria

- Observar: atender a experiencias internas y externas como sensaciones, pensamientos, emociones, sonidos, olores... (ítems: 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31 y 36).
- Describir: capacidad de etiquetar las experiencias internas con palabras (ítems: 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32 y 37).
- Actuar dándose cuenta: capacidad de atender a las actividades que hace uno en cada momento, en lugar de funcionar de forma mecánica con la atención dispersa (piloto automático) (ítems: 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R y 38R).
- No juzgar la experiencia interna: capacidad de relacionarse con la propia experiencia desde una perspectiva no evaluadora (ítems: 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R y 39R).
- No reactividad sobre la experiencia interna (ítems: 4, 9, 19, 21, 24, 29 y 33).

Los ítems con R se corrigen restando de 6 la puntuación directa.

El cuestionario FFMQ parte del modelo de *mindfulness* planteado por Marsha Linehan, en el que las habilidades *mindfulness* se separan en dos: las “qué” (observar, describir, participar) y las “cómo” (no juzgar, centrarse en una cosa cada vez, ser eficaz).

9 BIBLIOGRAFÍA

- ACPM (American College of Preventive Medicine). (2009). Lifestyle Medicine Evidence Review.
- Aihara, Y., Minai, J., Aoyama, A., & Shimanouchi, S. (2011). Depressive Symptoms and Past Lifestyle Among Japanese Elderly People. *Community Mental Health Journal*, 47(2), 186–193. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9317-1>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 109(420), 47–54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 74–91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>
- American Psychiatric Association. (2018). *DSM-5, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. Retrieved from <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/6194/DSM5-Manual-Diagnostico-y-Estadistico-de-los-Trastornos-Mentales-Incluye-version-digital.html>
- Anderson, K., & Emmerton, L. M. (2016). Contribution of mobile health applications to self-management by consumers: review of published evidence. *Australian Health Review*, 40(5), 591. <https://doi.org/10.1071/AH15162>
- Andersson, G., Bergstro, J., Holländare, F., Carlbring, P., Aldo, V. K., & Ekselius, L.

- (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *187*, 456–461.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., ... Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 677–686. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.677>
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 196–205. <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, *5*(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Appleton, K. M., Woodside, J. V., Yarnell, J. W. G., Arveiler, D., Haas, B., Amouyel, P., ... Evans, A. (2007). Depressed mood and dietary fish intake: Direct relationship or indirect relationship as a result of diet and lifestyle? *Journal of Affective Disorders*, *104*(1–3), 217–223. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.012>
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., ... Franke, M. F. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(9), 1076–1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
- Arroll, B., Chin, W.-Y., Martis, W., Goodyear-Smith, F., Mount, V., Kingsford, D., ... MacGillivray, S. (2016). Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Primary Health Care*, *8*(4), 325–334. <https://doi.org/10.1071/HC16008>
- Azarang, A., Pakyurek, M., Giroux, C., Nordahl, T. E., & Yellowlees, P. (2018).

- Information Technologies: An Augmentation to Post-Traumatic Stress Disorder Treatment Among Trauma Survivors. *Telemedicine and E-Health*, (July), tmj.2018.0068. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0068>
- Badia, X. (1999). EuroQoL: un instrumento para valorar la salud EQ-5D guía del usuario, versión española. *Med Clin*, 114, 6–14.
- Badia, X., Roset, M., Herdman, M., & Kind, P. (2001). A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Medical Decision Making*, 21(1), 7–16. <https://doi.org/10.1177/0272989X0102100102>
- Bae, Y. J., & Kim, S. K. (2012). Low dietary calcium is associated with self-rated depression in middle-aged Korean women. *Nutrition Research and Practice*, 6(6), 527–533. <https://doi.org/10.4162/nrp.2012.6.6.527>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ... Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>
- Baldwin, D. S., Cooper, J. A., Huusom, A. K. T., & Hindmarch, I. (2006). A double-blind, randomized, parallel-group, flexible-dose study to evaluate the tolerability, efficacy and effects of treatment discontinuation with escitalopram and paroxetine in patients with major depressive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 159–169.

<https://doi.org/10.1097/01.yic.0000194377.88330.1d>

- Barcelos-Ferreira, R., Yoshio Nakano, E., Steffens, D. C., & Bottino, C. M. C. (2013). Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. *Journal of Affective Disorders, 150*(2), 616–622. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.024>
- Batista, M., Dugernier, T., Simon, M., Haufroid, V., Capron, A., Fonseca, S., ... Hantson, P. (2013). The spectrum of acute heart failure after venlafaxine overdose. *Clinical Toxicology, 51*(2), 92–95. <https://doi.org/10.3109/15563650.2012.763133>
- Batterham, P. J., Sunderland, M., Cleave, a. L., Davey, C. G., Christensen, H., Teesson, M., ... Krouskos, D. (2015). Developing a roadmap for the translation of e-mental health services for depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 49*(9), 776–784. <https://doi.org/10.1177/0004867415582054>
- Baxter, A. J., Charlson, F. J., Cheng, H. G., Shidhaye, R., Ferrari, A. J., & Whiteford, H. A. (2016). Prevalence of mental, neurological, and substance use disorders in China and India: a systematic analysis. *The Lancet. Psychiatry, 3*(9), 832–841. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30139-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30139-0)
- Berger, M., van Calker, D., & Riemann, D. (2003). Sleep and manipulations of the sleep – wake rhythm in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(Suppl. 418), 83–91. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.17.x>
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2015). Meditation Practice and Self-Reported Mindfulness: a Cross-Sectional Investigation of Meditators and Non-Meditators Using the Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences (CHIME). *Mindfulness, 6*(6), 1411–1421. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0415-6>
- Berk, M., Sarris, J., Coulson, C. E., & Jacka, F. N. (2013). Lifestyle management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*(443), 38–54. <https://doi.org/10.1111/acps.12124>
- Berk, Michael. (2009). Sleep and depression: Theory and practice. *Australian Family Physician, 38*(5), 302–304.

- Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Bendich, A., Johnson, S. R., Willett, W. C., & Manson, J. A. E. (2005). Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Archives of Internal Medicine*, *165*(11), 1246–1252. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.11.1246>
- Beydoun, M. A., Fanelli Kuczmariski, M. T., Beydoun, H. A., Shroff, M. R., Mason, M. A., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2010). The sex-specific role of plasma folate in mediating the association of dietary quality with depressive symptoms. *The Journal of Nutrition*, *140*(2), 338–347. <https://doi.org/10.3945/jn.109.113878>
- Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T., ... Segal, Z. V. (2012). Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(3), 365–372. <https://doi.org/10.1037/a0027483>
- Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Kok, G. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., Hollon, S. D., Van Marwijk, H. W. J., & Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: Meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.016>
- Birt, C., Bille-Brahe, U., Cabecadas, M., Chishti, P., Corcoran, P., Elgie, R., ... Williamson, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *The European Journal of Public Health*, *13*(2), 108 LP – 114.
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., & Ibarra, N. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica*, *120*(18), 693–700. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73814-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73814-7)
- Bodnar, L. M., & Wisner, K. L. (2005). Nutrition and depression: Implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biological Psychiatry*, *58*(9), 679–685. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.009>

- Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Westerhof, G. J., Riper, H., Walburg, J. A., ... Bohlmeijer, E. (2013). An Internet-Based Intervention to Promote Mental Fitness for Mildly Depressed Adults: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(9), e200. <https://doi.org/10.2196/jmir.2603>
- Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*, *351*(nov09 1), h4978–h4978. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4978>
- Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M. B., & Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, *30*(4), 293–302. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.04.001>
- Bostanov, V., Ohlrogge, L., Britz, R., Hautzinger, M., & Kotchoubey, B. (2018). Measuring Mindfulness: A Psychophysiological Approach. *Frontiers in Human Neuroscience*, *12*, 249. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00249>
- Bot, M., Brouwer, I. A., Roca, M., Kohls, E., Penninx, B. W. J. H., Watkins, E., ... MoodFOOD Prevention Trial Investigators. (2019). Effect of Multinutrient Supplementation and Food-Related Behavioral Activation Therapy on Prevention of Major Depressive Disorder Among Overweight or Obese Adults With Subsyndromal Depressive Symptoms: The MoodFOOD Randomized Clinical Trial. *JAMA*, *321*(9), 858–868. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0556>
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S., & Alcañiz, M. (2010). An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(4), 407–421. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0224>
- Boyer, C., Gaudinat, A., Hanbury, A., Appel, R. D., Ball, M. J., Carpentier, M., ... Geissbühler, A. (2017). Accessing Reliable Health Information on the Web: A Review of the HON Approach. *Studies in Health Technology and Informatics*, *245*, 1004–1008. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29295252>

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12703651>
- Burnett-Zeigler, I., Schuette, S., Victorson, D., & Wisner, K. L. (2016). Mind-Body Approaches to Treating Mental Health Symptoms Among Disadvantaged Populations: A Comprehensive Review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 22(2), 115–124. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0038>
- Burns, M. N., Begale, M., Duffecy, J., Gergle, D., Karr, C. J., Giangrande, E., & Mohr, D. C. (2011). Harnessing context sensing to develop a mobile intervention for depression. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3), e55. <https://doi.org/10.2196/jmir.1838>
- Byrd-Bredbenner, C., Lagiou, P., & Trichopoulou, A. (2000). A comparison of household food availability in 11 countries. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 13(3), 197–204. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277X.2000.00232.x>
- Calder, P. C. (2006). N-3 Polyunsaturated fatty acids, inflammation, and inflammatory diseases. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83(May 2005), 1505s-19s.
- Callan, J. A., Wright, J., Siegle, G. J., Howland, R. H., & Kepler, B. B. (2017). Use of Computer and Mobile Technologies in the Treatment of Depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.10.002>
- Cameron, C., Habert, J., Anand, L., & Furtado, M. (2014). Optimizing the management of depression: primary care experience. *Psychiatry Research*, 220 Suppl, S45-57. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(14\)70005-8](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(14)70005-8)
- Capdevila, L., Niñerola, J., & Pintanel, M. (2004). Motivación y Actividad Física: El autoinforme de motivos para la práctica de ejercicio físico (AMPEF). *Revista de Psicología Del Deporte*, 12(1), 55–74.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance. *Assessment*, 15(2),

204–223. <https://doi.org/10.1177/1073191107311467>

- Carvalho, A. F., Fernandes, B. S., & Brunoni, A. R. (2019). Mindfulness-based stress reduction for fibromyalgia: A step closer to precision psychiatry? *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.06.020>
- Castro, A., López-del-Hoyo, Y., Peake, C., Mayoral, F., Botella, C., García-Campayo, J., ... Gili, M. (2018). Adherence predictors in an Internet-based Intervention program for depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), 246–261. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1366546>
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). *Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) ** CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03), Instituto Carlos III *** Hospital de San Pau i la Santa Creu **** PREVI Clinical Center ***** Universitat de València SPAIN. Eur. J. Psychiat (Vol. 26)*. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v26n2/original5.pdf>
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451–455. <https://doi.org/10.1348/014466508X314891>
- Chalder, M., Wiles, N. J., Campbell, J., Hollinghurst, S. P., Haase, A. M., Taylor, A. H., ... Lewis, G. (2012). Facilitated physical activity as a treatment for depressed adults: randomised controlled trial. *BMJ*, 344(jun06 1), e2758–e2758. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2758>
- Chand, S. P., Kuckel, D. P., & Huecker, M. R. (2019). *Cognitive Behavior Therapy (CBT). StatPearls*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29261869>
- Chatzi, L., Melaki, V., Sarri, K., Apostolaki, I., Roumeliotaki, T., Georgiou, V., ... Kogevinas, M. (2011). Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: the mother-child “Rhea” cohort in Crete, Greece. *Public Health Nutrition*, 14(9), 1663–1670. <https://doi.org/10.1017/S1368980010003629>

- Cheng, T.-C., Lee, Y.-H., Mar, C.-L., Huang, W.-T., & Chang, Y.-P. (2019). The Health Promoting Mindfulness or Qigong Educational Programs for Beneficial Lifestyle Changes of Cancer Survivors. *Journal of Cancer Education*.
<https://doi.org/10.1007/s13187-019-01522-5>
- Chi, X., Bo, A., Liu, T., Zhang, P., & Chi, I. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Depression in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology, 9*, 1034.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01034>
- Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli, S., & Giommi, F. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry Research, 226*(2–3), 474–483.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.003>
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *Journal of Medical Internet Research, 11*(2), e13.
<https://doi.org/10.2196/jmir.1194>
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal, 328*(7434), 265. <https://doi.org/10.1136/bmj.37945.566632.EE>
- Christensen, H., Reynolds, J., & Griffiths, K. M. (2011). The use of e-health applications for anxiety and depression in young people: challenges and solutions. *Early Intervention in Psychiatry, 5*(1), 58–62. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00242.x>
- Christensen, L. (1996). *Diet–behavior relationships: Focus on depression*. *Diet–behavior relationships: Focus on depression*. Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10192-000>
- Clarke, K., Mayo-Wilson, E., Kenny, J., & Pilling, S. (2015). Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from dCan non-

- pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled tri. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.002>
- Compen, F., Bisseling, E., Schellekens, M., Donders, R., Carlson, L., van der Lee, M., & Speckens, A. (2018). Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, JCO2017765669. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.5669>
- Computerised self help for depression in primary care*. (2015). Retrieved from <http://www.bmj.com/permissionsSubscribe:http://www.bmj.com/subscribe>
- Conde, V., & Useros, E. (1975). Adaptación castellano de la escala de evaluación conductual de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217–236.
- Córdoba, R., Cabezas, C., Camaralles, F., Gómez, J., Herráez, D. D., López, A., ... Marqués, F. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 44, 16–22. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(12\)70011-2](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(12)70011-2)
- Corfield, E. C., Yang, Y., Martin, N. G., & Nyholt, D. R. (2017). A continuum of genetic liability for minor and major depression. *Translational Psychiatry*, 7(5), e1131–e1131. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.99>
- Cotman, C. (2002). Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends in Neurosciences*, 25(6), 295–301. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(02\)02143-4](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(02)02143-4)
- Crane, C., Crane, R. S., Eames, C., Fennell, M. J. V., Silverton, S., Williams, J. M. G., & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.015>

- Cui, R., & Cui, R. (2015). *EDITORIAL A Systematic Review of Depression. Current Neuropharmacology* (Vol. 13). Retrieved from [https://uib.gtbbib.net/sod/usu/\\$UIB/documentos/%2152384124_%24UIB_13803321_13812967.pdf](https://uib.gtbbib.net/sod/usu/$UIB/documentos/%2152384124_%24UIB_13803321_13812967.pdf)
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *173*(7), 680–687. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15091141>
- Cuijpers, P., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Riper, H. (2017). Internet and mobile interventions for depression: Opportunities and challenges. *Depression and Anxiety*, *34*(7), 596–602. <https://doi.org/10.1002/da.22641>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(2), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Schaik, A., & Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *59*(559), e51-60. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X395139>
- Custodio, V., Herrera, F., López, G., & Moreno, J. (2012). A Review on Architectures and Communications Technologies for Wearable Health-Monitoring Systems. *Sensors*, *12*(10), 13907–13946. <https://doi.org/10.3390/s121013907>
- D’Silva, S., Poscablo, C., Habousha, R., Kogan, M., & Kligler, B. (2012). Mind-Body Medicine Therapies for a Range of Depression Severity: A Systematic Review. *Psychosomatics*, *53*(5), 407–423. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2012.04.006>
- de Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G. A. M., Bögels, S. M., & Kamphuis, J. H. (2012a). Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, *19*(2), 187–197. <https://doi.org/10.1177/1073191112446654>

- de Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G. A. M., Bögels, S. M., & Kamphuis, J. H. (2012b). Psychometric Properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a Meditating and a Non-meditating Sample. *Assessment, 19*(2), 187–197. <https://doi.org/10.1177/1073191112446654>
- de Mello, M. F., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 255*(2), 75–82. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0542-x>
- Derom, M.-L., Martinez-Gonzalez, M. A., Sayon-Orea, M. del C., Bes-Rastrollo, M., Beunza, J. J., & Sanchez-Villegas, A. (2012). Magnesium Intake Is Not Related to Depression Risk in Spanish University Graduates. *Journal of Nutrition, 142*(6), 1053–1059. <https://doi.org/10.3945/jn.111.155572>
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and Rumination: Does Mindfulness Training Lead to Reductions in the Ruminative Thinking Associated With Depression? *EXPLORE, 5*(5), 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2009.06.005>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine, 63*(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Dimidjian, S., Beck, A., Felder, J. N., Boggs, J. M., Gallop, R., & Segal, Z. V. (2014). Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behaviour Research and Therapy, 63*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.004>
- Dinger, U., Fuchs, M., Köhling, J., Schauenburg, H., & Ehrenthal, J. C. (2019). Change of Emotional Experience in Major Depression and Borderline Personality Disorder During Psychotherapy: Associations With Depression Severity and Personality Functioning. *Journal of Personality Disorders, 1*–20.

https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_420

Dinoff, A., Herrmann, N., Swardfager, W., Gallagher, D., & Lanctôt, K. L. (2018). The effect of exercise on resting concentrations of peripheral brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 105*, 123–131.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.021>

Dombrovski, A. Y., Cyranowski, J. M., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Buysse, D. J., Andreescu, C., ... Frank, E. (2008). Which symptoms predict recurrence of depression in women treated with maintenance interpersonal psychotherapy? *Depression and Anxiety, 25*(12), 1060–1066.

<https://doi.org/10.1002/da.20467>.Which

Domnich, A., Arata, L., Amicizia, D., Signori, A., Patrick, B., Stoyanov, S., ... Panatto, D. (2016). Development and validation of the Italian version of the Mobile Application Rating Scale and its generalisability to apps targeting primary prevention. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 16*(1), 83.

<https://doi.org/10.1186/s12911-016-0323-2>

Dowrick, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dunn, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V., ... Wilkinson, G. (2002). From epidemiology to intervention for depressive disorders in the general population: the ODIN study. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 1*(3), 169–174.

Duclos, M., Gouarne, C., & Bonnemaïson, D. (2003). Acute and chronic effects of exercise on tissue sensitivity to glucocorticoids. *Journal of Applied Physiology, 94*(3), 869 LP – 875.

Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., ... Feldman, M. D. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85*(2). <https://doi.org/10.1159/000442260>

Eisendrath, S. J., Gillung, E. P., Delucchi, K. L., Chartier, M., Mathalon, D. H., Sullivan, J.

- C., ... Feldman, M. D. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(1), 95. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-95>
- El Mrayyan, N., Eberhard, J., & Ahlström, G. (2019). The occurrence of comorbidities with affective and anxiety disorders among older people with intellectual disability compared with the general population: a register study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2151-2>
- Elswick, S., O'Donnell, L., Dinon, N., & Rippe, J. M. (2011). Incorporating Lifestyle Medicine Into a Large Health Care System: The Orlando Health Experience. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(2), 192–199.
- Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142–147. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.004>
- Ernst, C., Olson, A. K., Pinel, J. P. J., Lam, R. W., & Christie, B. R. (2006). Examen critique Antidepressant effects of exercise : Evidence for an adult-neurogenesis hypothesis ? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31(2), 84–92.
- Faurholt-Jepsen, M., Munkholm, K., Frost, M., Bardram, J. E., & Kessing, L. V. (2016). Electronic self-monitoring of mood using IT platforms in adult patients with bipolar disorder: A systematic review of the validity and evidence. *BMC Psychiatry*, 16(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0713-0>
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177–190. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- Fernández, A., Haro, J. ., Codony, M., Vilagut, Martínez-Alonso, M., Autonell, J., ... Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2),

9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.005>

Fernández, A., Haro, J. ., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., ... Alonso, J. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, *190*, 172–173. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.023507>

Fernández, A., Mendive, J. ., Conejo-Cerón, S., Moreno-Peral, P., King, M., Nazareth, I., ... Bellón, J. Á. (2018). A personalized intervention to prevent depression in primary care: cost-effectiveness study nested into a clustered randomized trial. *BMC Medicine*, *16*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1005-y>

Ferrando, L., Franco, L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., & Gibert, J. (1998). MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. Madrid: IAP.

Fjorback, L. O. (2012). Mindfulness and bodily distress. *Danish Medical Journal*, *59*(11), B4547. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23171754>

Forlani, C., Morri, M., Ferrari, B., Dalmonte, E., Menchetti, M., De Ronchi, D., & Atti, A. R. (2014). Prevalence and Gender Differences in Late-Life Depression: A Population-Based Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(4), 370–380. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.08.015>

Forrest, A. (2015). Has mental health harnessed the digital revolution? *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, *207*(6), 560. <https://doi.org/10.1192/bjp.207.6.560>

Fresán, U., Bes-Rastrollo, M., Segovia-Siapco, G., Sanchez-Villegas, A., Lahortiga, F., de la Rosa, P.-A., & Martínez-Gonzalez, M.-A. (2018). Does the MIND diet decrease depression risk? A comparison with Mediterranean diet in the SUN cohort. *European Journal of Nutrition*. <https://doi.org/10.1007/s00394-018-1653-x>

Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, *38*(3), 234–246. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>

- Furukawa, T. A., Horikoshi, M., Fujita, H., Tsujino, N., Jinnin, R., Kako, Y., ... Hasegawa, A. (2018). Cognitive and Behavioral Skills Exercises Completed by Patients with Major Depression During Smartphone Cognitive Behavioral Therapy: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 5(1), e4. <https://doi.org/10.2196/mental.9092>
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Rodríguez, A., Fernández, A., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., ... Alonso, J. (2011). Use of Primary and Specialized Mental Health Care for a Major Depressive Episode in Spain by ESEMeD Respondents. *Psychiatric Services*, 62(2), 152–161. https://doi.org/10.1176/ps.62.2.pss6202_0152
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., ... Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171–1178. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00109-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00109-7)
- García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del mindfulness?* Retrieved from <http://editorialkairos.com/catalogo/que-sabemos-del-mindfulness>
- García-Toro, M., Gili, M., Ibarra, O., Monzón, S., Vives, M., García-Campayo, J., ... Roca, M. (2014). Metabolic syndrome improvement in depression six months after prescribing simple hygienic-dietary recommendations. *BMC Research Notes*, 7(1), 339. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-339>
- García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Salva, J., Monzón, S., Vives, M., ... Roca, M. (2010). Effectiveness of hygienic-dietary recommendations as enhancers of antidepressant treatment in patients with Depression: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10(1), 404. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-404>
- García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Serrano, M. J., Oliván, B., Vicens, E., & Roca, M. (2012). Four hygienic-dietary recommendations as add-on treatment in depression. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 200–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.031>

- García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Serrano, M. J., Vives, M., Monzón, S., ... Roca, M. (2012). Adherencia a las recomendaciones sobre estilo de vida en pacientes con depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 236–240.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.04.003>
- García-Toro, M., Ibarra, O., & Roca, M. (2013a). Los hábitos de vida saludables tienen un efecto antidepresivo. *Trabajos Distinguidos Factores de Riesgo Psicosociales*, 1(5), 4–9.
- García-Toro, M., Ibarra, O., & Roca, M. (2013b). Los hábitos de vida saludables tienen un efecto antidepresivo. *Trabajos Distinguidos Factores de Riesgo Psicosociales*, 1(5), 4–9.
- García-Toro, M., Roca, M., Monzón, S., Vives, M., Oliván, B., Vicens, E., ... Gili, M. (2012). Hygienic-dietary recommendations for major depression treatment: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1), 201.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-201>
- García-Toro, M., Vicens-Pons, E., Gili, M., Roca, M., Serrano-Ripoll, M. J., Vives, M., ... Oliván-Blázquez, B. (2016). Obesity, metabolic syndrome and Mediterranean diet: Impact on depression outcome. *Journal of Affective Disorders*, 194, 105–108.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.064>
- García-Toro, M., Vicens, C., García-Campayo, J., & Gili, M. (n.d.). Feasibility of an integrated mindfulness and Mediterranean lifestyle program. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 44(1), 46. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26905890>
- García Toro, M. (2014). *Estilo de vida y depresión*. Síntesis.
- Genovez, M., Vanderkruik, R., Lemon, E., & Dimidjian, S. (2018). Psychotherapeutic Treatments for Depression During Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000388>
- Gilbody, S., Brabyn, S., Lovell, K., Kessler, D., Devlin, T., Smith, L., ... REEACT collaborative. (2017). Telephone-supported computerised cognitive-behavioural

therapy: REEACT-2 large-scale pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 210(05), 362–367.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.192435>

Gili, M., Lopez-Navarro, E., Homar, C., Castro, A., García-Toro, M., Llobera, J., & Roca, M. (2014). Psychometric properties of Spanish version of QIDS-SR16 in depressive patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 42(6), 292–299. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25388771>

Gili, M., Luciano, J. V., Bauzá, N., Aguado, J., Serrano, M. J., Armengol, S., & Roca, M. (2011). Psychometric properties of the IDS-SR30 for the assessment of depressive symptoms in spanish population. *BMC Medical Research Methodology*, 11(131). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-131>

Gilman, S. E., Sucha, E., Kingsbury, M., Horton, N. J., Murphy, J. M., & Colman, I. (2017). Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. *Canadian Medical Association Journal*, 189(42), E1304–E1310. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170125>

Giosan, C., Cobeanu, O., Mogoase, C., Szentagotai, A., Muresan, V., & Boian, R. (2017). Reducing depressive symptomatology with a smartphone app: study protocol for a randomized, placebo-controlled trial. *Trials*, 18(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1960-1>

Giosan, C., Cobeanu, O., Mogoase, C., Szentagotai Tătar, A., Muresan, V., & Boian, R. (2016). Using a smartphone app to reduce cognitive vulnerability and mild depressive symptoms: Study protocol of an exploratory randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 609. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1740-3>

Gladstone, T. G., Marko-Holguin, M., Rothberg, P., Nidetz, J., Diehl, A., DeFrino, D. T., ... Van Voorhees, B. W. (2015). An internet-based adolescent depression preventive intervention: study protocol for a randomized control trial. *Trials*, 16(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0705-2>

Gladstone, T., Terrizzi, D., Stinson, A., Nidetz, J., Canel, J., Ching, E., ... Van Voorhees, B. W. (2018). Effect of Internet-based Cognitive Behavioral Humanistic and

- Interpersonal Training vs. Internet-based General Health Education on Adolescent Depression in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 1(7). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4278>
- Godos, J., Castellano, S., Ray, S., Grosso, G., & Galvano, F. (2018). Dietary Polyphenol Intake and Depression: Results from the Mediterranean Healthy Eating, Lifestyle and Aging (MEAL) Study. *Molecules*, 23(5), 999. <https://doi.org/10.3390/molecules23050999>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 297(6653), 897–899. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3140969>
- Goldberg, S. B., Wielgosz, J., Dahl, C., Schuyler, B., MacCoon, D. S., Rosenkranz, M., ... Davidson, R. J. (2016). Does the Five Facet Mindfulness Questionnaire measure what we think it does? Construct validity evidence from an active controlled randomized clinical trial. *Psychological Assessment*, 28(8), 1009–1014. <https://doi.org/10.1037/pas0000233>
- Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, R. D., Hamer, R. M., Jacobsen, F. M., Suppes, T., ... Nemeroff, C. B. (2005). The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: A review and meta-analysis of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 656–662. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.656>
- Gómez-Juanes, R., Gili, M., Roca, M., Castro, A., Lopez-Navarro, E., Crespi, C., ... Garcia-Toro, M. (2015). Prescripción de ejercicio físico en la depresión por parte de Médicos de Familia. Factores involucrados. *Revista Psicología Del Deporte*, 24(1).
- Gómez-Juanes, R., Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J., & García-Toro, M. (2017). Estilo de vida saludable: un factor de protección minusvalorado frente a la depresión. *Psiquiatría Biológica*, 24(3), 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2017.10.004>
- González-Blanch, C., Fernando Hernández-de-Hita, Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez,

- P., Medrano, L. A., Moriana, J. A., ... Psic AP Research Group. (2018). Domain-specific associations between disability and depression, anxiety, and somatization in primary care patients. *Psychiatry Research*, *269*, 596–601.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.007>
- Goracci, A., Rucci, P., Forgione, R. N., Campinoti, G., Valdagno, M., Casolaro, I., ... Fagiolini, A. (2016). Development, acceptability and efficacy of a standardized healthy lifestyle intervention in recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, *196*, 20–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.034>
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, *13*(2), 161–175.
<https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Grosso, G., Pajak, A., Marventano, S., Castellano, S., Galvano, F., Bucolo, C., ... Caraci, F. (2014). Role of omega-3 fatty acids in the treatment of depressive disorders: A comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS ONE*, *9*(5).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096905>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., & Kuyken, W. (2016). Examining the Factor Structure of the 39-Item and 15-Item Versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire Before and After Mindfulness-Based vCognitive Therapy for People With Recurrent Depression. *Psychological Assessment*, *28*(7).
<https://doi.org/10.1037/pas0000263>
- Harvey, S. B., Hotopf, M., Overland, S., & Mykletun, A. (2010). Physical activity and common mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(5), 357–364.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075176>

- Herdman, M., Badia, X., & Berra, S. (2001). EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 28(6), 425–430. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)70406-4)
- Heron, K. E., & Smyth, J. M. (2010). Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British Journal of Health Psychology*, 15(Pt 1), 1–39. <https://doi.org/10.1348/135910709X466063>
- Herrera-Mercadal, P., Montero-Marin, J., Plaza, I., Medrano, C., Andrés, E., López-Del-Hoyo, Y., ... García-Campayo, J. (2015). The efficacy and pattern of use of a computer-assisted programme for the treatment of anxiety: A naturalistic study using mixed methods in primary care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 175, 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.060>
- Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205–214. <https://doi.org/10.1016/j.pestbp.2011.02.012>. Investigations
- Hill, C., Martin, J. L., Thomson, S., Scott-Ram, N., Penfold, H., & Creswell, C. (2017). Navigating the challenges of digital health innovation: considerations and solutions in developing online and smartphone-application-based interventions for mental health disorders. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 211(2), 65–69. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180372>
- Hoek, W., Marko, M., Fogel, J., Schuurmans, J., Gladstone, T., Bradford, N., ... Van Voorhees, B. W. (2011). Randomized controlled trial of primary care physician motivational interviewing versus brief advice to engage adolescents with an Internet-based depression prevention intervention: 6-month outcomes and predictors of improvement. *Translational Research*, 158(6), 315–325. <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2011.07.006>
- Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2009). Prevention of depression and anxiety in adolescents: A randomized controlled trial testing the efficacy and

- mechanisms of Internet-based self-help problem-solving therapy. *Trials*, 10(1), 93.
<https://doi.org/10.1186/1745-6215-10-93>
- Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2012). Effects of Internet-Based Guided Self-Help Problem-Solving Therapy for Adolescents with Depression and Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 7(8), e43485.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043485>
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017a). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739–749.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017b). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739–749.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Hollingshurst, S., Carroll, F. E., Abel, A., Campbell, J., Garland, A., Jerrom, B., ... Wiles, N. (2014). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: Economic evaluation of the CoBaIT Trial. *British Journal of Psychiatry*, 204(1).
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.125286>
- Hollis, C., Morriss, R., Martin, J., Amani, S., Cotton, R., Denis, M., & Lewis, S. (2015). Technological innovations in mental healthcare: harnessing the digital revolution. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 206(4), 263–265.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.142612>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Huijbers, M. J., Spijker, J., Donders, A. R. T., van Schaik, D. J. F., van Oppen, P., Ruhé, H. G., ... Speckens, A. E. M. (2012a). Preventing relapse in recurrent depression using mindfulness-based cognitive therapy, antidepressant medication or the

combination: trial design and protocol of the MOMENT study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 125. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-125>

Huijbers, M. J., Spijker, J., Donders, A. R. T., van Schaik, D. J., van Oppen, P., Ruhé, H. G., ... Speckens, A. E. M. (2012b). Preventing relapse in recurrent depression using mindfulness-based cognitive therapy, antidepressant medication or the combination: trial design and protocol of the MOMENT study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 125. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-125>

Huijbers, M. J., Spinhoven, P., Spijker, J., Ruhé, H. G., van Schaik, D. J. F., van Oppen, P., ... Speckens, A. E. M. (2015). Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 187, 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.023>

Huijbers, M. J., Spinhoven, P., Spijker, J., Ruhé, H. G., van Schaik, D. J. F., van Oppen, P., ... Speckens, A. E. M. (2016). Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomised controlled non-inferiority trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 208(4), 366–373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168971>

Huijbers, M. J., Spinhoven, P., van Schaik, D. J. F., Nolen, W. A., & Speckens, A. E. M. (2016). Patients with a preference for medication do equally well in mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression as those preferring mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 195, 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.041>

Huijbers, M., & Speckens, A. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy as an alternative to maintenance antidepressant medication to prevent relapse and recurrence in depression. *Evidence-Based Mental Health*. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102148>

Ibarra, O., Estruch, R., & García-Toro, M. (2014). Luz ambiental y luz artificial. In *Estilo de Vida y Depresión* (Síntesis, pp. 91–96). Madrid.

- Ibarra, O., Gili, M., Roca, M., Vives, M., Serrano Jesús, M., Pareja, A., ... García-Toro, M. (2015). The Mediterranean diet and micronutrient levels in depressive patients. *Nutricion Hospitalaria*, 31(3), 1171–1175. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8124>
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 197–206. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.018>
- Inoue, K. (2010). [Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi = Psychiatria et Neurologia Japonica*, 112(11), 1097–1104. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21226248>
- Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). (2016). Descripción del cuestionario de salud SF-12. <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Jacka, F., Kremer, P., Leslie, E., Berk, M., Patton, G., Toumbourou, J., & Williams, J. (2010). Associations between diet quality and depressed mood in adolescents: results from the Australian Healthy Neighbourhoods Study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(5), 435–442. <https://doi.org/10.3109/00048670903571598>
- Jacka, F. N., Kremer, P. J., Berk, M., de Silva-Sanigorski, A. M., Moodie, M., Leslie, E. R., ... Swinburn, B. A. (2011). A prospective study of diet quality and mental health in adolescents. *PLoS ONE*, 6(9), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024805>
- Jacka, F. N., Mykletun, A., Berk, M., Bjelland, I., & Tell, G. (2011). The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: the hordaland health study. *Psychosomatic Medicine*, 73(6), 483–490.
- Jesús, M. M., Prado-Abril, J., Botella, C., Fermin, M. C., Rosa, B., Paola, H. M., ... Javier, G. C. (2015). Expectations among patients and health professionals regarding Web-based interventions for depression in primary care: A qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.3985>

- Johnson, K., Sidani, S., & Epstein, D. R. (2015). Effects of a Multi-Component Behavioral Intervention (MCI) for Insomnia on Depressive and Insomnia Symptoms in Individuals with High and Low Depression. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 1407(November), 1–11. <https://doi.org/10.1080/15433714.2013.873753>
- Joo, J. (2017). From depression to disability. *International Psychogeriatrics*, 29(6), 883–883. <https://doi.org/10.1017/S1041610217000497>
- Joyce, S., Shand, F., Bryant, R. A., Lal, T. J., & Harvey, S. B. (2018). Mindfulness-Based Resilience Training in the Workplace: Pilot Study of the Internet-Based Resilience@Work (RAW) Mindfulness Program. *Journal of Medical Internet Research*, 20(9), e10326. <https://doi.org/10.2196/10326>
- Kabat-Zinn, J., González Raga, D., & González Sanvisens, L. (2016). *Vivir con plenitud las crisis : cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Retrieved from https://www.casadellibro.com/libro-vivir-con-plenitud-las-crisis-ed-revisada-y-actualizada-como-utilizar-la-sabiduria-del-cuerpo-y-de-la-mente-para-enfrentarnos-al-estres-el-dolor-y-la-enfermedad/9788499884905/2945973?gclid=cj0kcqia14tjbrd_arisaocmo9yiey
- Kaner, G., Soylu, M., Yüksel, N., Inanç, N., Ongan, D., & Başmısırlı, E. (2015). Evaluation of Nutritional Status of Patients with Depression. *Biomed Res. Int.*, 2015, 521481. <https://doi.org/10.1155/2015/521481>
- Karras, S. N., Anagnostis, P., Annweiler, C., Naughton, D. P., Petroczi, A., Bili, E., ... Goulis, D. G. (2014). Maternal vitamin D status during pregnancy: the Mediterranean reality. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(8), 864–869. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2014.80>
- Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M., Andersson, G., ... Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: An “individual patient data” meta-analysis. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000665>

- Kearney, D. J., Milton, M. L., Malte, C. A., McDermott, K. A., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2012). Participation in mindfulness-based stress reduction is not associated with reductions in emotional eating or uncontrolled eating. *Nutrition Research*, 32(6), 413–420. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2012.05.008>
- Kendrick, T., Taylor, D., & Johnson, C. F. (2019). Which first-line antidepressant? *British Journal of General Practice*, 69(680), 114–115. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X701405>
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617–625. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.008>
- Kenter, R. M. F., Cuijpers, P., Beekman, A., & van Straten, A. (2016). Effectiveness of a Web-Based Guided Self-help Intervention for Outpatients With a Depressive Disorder: Short-term Results From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e80. <https://doi.org/10.2196/jmir.4861>
- Kerra, D. C. R., Zavab, D. T., Piperc, W. T., Saturna, S. R., Freid, B., & Gombartd, A. F. (2015). Associations between Vitamin D Levels and Depressive Symptoms in Healthy Young Adult Women. *Psychiatry Research*, 227(1), 46–51. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.303790>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2013.05.005>
- Kivrak, Y., Güvenç, T. S., Akbulut, N., Yağcı, İ., Çiğşar, G., Gündüz, S., & Balcı, B. (2014). Accelerated Hypertension after Venlafaxine Usage. *Case Reports in Psychiatry*, 2014, 1–4. <https://doi.org/10.1155/2014/659715>

- Kladnitski, N., Smith, J., Allen, A., Andrews, G., & Newby, J. M. (2018). Online mindfulness-enhanced cognitive behavioural therapy for anxiety and depression: Outcomes of a pilot trial. *Internet Interventions, 13*, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.06.003>
- Klein, B., Meyer, D., Austin, D. W., & Kyrios, M. (2011). Anxiety online-A virtual clinic: Preliminary outcomes following completion of five fully automated treatment programs for anxiety disorders and symptoms. *Journal of Medical Internet Research, 13*(4), e89. <https://doi.org/10.2196/jmir.1918>
- Klein, M. H., Dittman, A. T., Parloff, M. B., & Gill, M. M. (1969). Behavior therapy: Observations and reflections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(3), 259–266. <https://doi.org/10.1037/h0027595>
- Kohlboeck, G., Sausenthaler, S., Standl, M., Koletzko, S., Bauer, C.-P., von Berg, A., ... Heinrich, J. (2012). Food Intake, Diet Quality and Behavioral Problems in Children: Results from the GINI-plus/LISA-plus Studies. *Annals of Nutrition and Metabolism, 60*(4), 247–256.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders, 19*(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuczmariski, M. F., Cremer Sees, A., Hotchkiss, L., Cotugna, N., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2010). Higher Healthy Eating Index-2005 scores associated with reduced symptoms of depression in an urban population: findings from the Healthy Aging in Neighborhoods of Diversity Across the Life Span (HANDLS) study. *Journal of the American Dietetic Association, 110*(3), 383–389. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.11.025>
- Kurebayashi, Y., & Otaki, J. (2018). DOES PHYSICAL EXERCISE INCREASE BRAIN-DERIVED

- NEUROTROPHIC FACTOR IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER? A META-ANALYSIS.
Psychiatria Danubina, 30(2), 129–135. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.129>
- Kuyken, W., Byford, S., Byng, R., Dalgleish, T., Lewis, G., Taylor, R., ... Evans, A. (2014). Update to the study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance anti-depressant treatment depressive relapse/recurrence: the PREVENT trial. *Trials*, 15(1), 217. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-217>
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966–978. <https://doi.org/10.1037/a0013786>
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 386(9988), 63–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Byford, S. (2015). The effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: results of a randomised controlled trial (the PREVENT study). *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 19(73), 1–124. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26379122>
- Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 67–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063>
- Lampe, L., Coulston, C. M., & Berk, L. (2013). Psychological management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 127(443), 24–37. <https://doi.org/10.1111/acps.12123>

- Lassale, C., Batty, G. D., Baghdadli, A., Jacka, F., Sánchez-Villegas, A., Kivimäki, M., & Akbaraly, T. (2018). Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*, *Sep 26*. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(12), 1445–1467. <https://doi.org/10.1002/jclp.20326>
- Lenz, T. L. (2010). Combining Lifestyle Medicine With Medication Therapy Management Services in a Community Pharmacy Setting. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *4*(6), 484–487.
- Lewis-Abney, K. (2000). Overdoses of tricyclic antidepressants: grandchildren and grandparents. *Critical Care Nurse*, *20*(5), 69–77. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11878489>
- Li, G., Mbuagbaw, L., Samaan, Z., Falavigna, M., Zhang, S., Adachi, J., & Thabane, L. (2014). Efficacy of Vitamin D Supplementation in Depression in Adults: A Systematic Review. *The Journal of Endocrinology & Metabolism*, *99*(3), 757–767. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-1990>. Glucose
- Li, H., Sun, D., Wang, A., Pan, H., Feng, W., Ng, C. H., ... Guo, X. (2019). Serum 25-Hydroxyvitamin D Levels and Depression in Older Adults: A Dose–Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.05.022>
- Libuda, L., Laabs, B.-H., Ludwig, C., Bühlmeier, J., Antel, J., Hinney, A., ... Peters, T. (2019). Vitamin D and the Risk of Depression: A Causal Relationship? Findings from a Mendelian Randomization Study. *Nutrients*, *11*(5), 1085. <https://doi.org/10.3390/nu11051085>
- Lieverse, R., Van Someren, E. J., Nielen, M. M., Uitdehaag, B. M., Smit, J. H., & Hoogendijk, W. J. (2011). Bright light treatment in elderly patients with nonseasonal major depressive disorder: A randomized placebo-controlled trial.

Archives of General Psychiatry, 68(1), 61–70.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.183>

- Lilja, J. L., Frodi-Lundgren, A., Hanse, J. J., Josefsson, T., Lundh, L.-G., Sköld, C., ... Broberg, A. G. (2011). Five Facets Mindfulness Questionnaire--reliability and factor structure: a Swedish version. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(4), 291–303. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.580367>
- Lilja, J. L., Zelleroth, C., Axberg, U., & Norlander, T. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy is effective as relapse prevention for patients with recurrent depression in Scandinavian primary health care. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(5). <https://doi.org/10.1111/sjop.12302>
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8(1), 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Lin, R., Ye, Z., Wang, H., & Wu, B. (2018). Chronic Diseases and Health Monitoring Big Data: A Survey. *IEEE Reviews in Biomedical Engineering*, 11, 275–288. <https://doi.org/10.1109/RBME.2018.2829704>
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (n.d.). Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 13(1), 56–68. <https://doi.org/10.1370/afm.1719>
- Little, S. A. S., Kligler, B., Homel, P., Belisle, S. S., & Merrell, W. (2009). Multimodal mind/body group therapy for chronic depression: a pilot study. *Explore (New York, N.Y.)*, 5(6), 330–337. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2009.08.004>
- Littlewood, E., Duarte, A., Hewitt, C., Knowles, S., Palmer, S., Walker, S., ... REEACT Team. (2015). A randomised controlled trial of computerised cognitive behaviour therapy for the treatment of depression in primary care: the Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT) trial. *Health Technology Assessment*, 19(101), 1–174.

<https://doi.org/10.3310/hta191010>

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad [Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression Rating Sc. *Medicina Clínica*, *118*, 493–499. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)

London, S. M. (2015). *Persistent depression doubles stroke risk despite treatment, study finds*. Retrieved from <http://www.bmj.com/subscribe>

Lopresti, A. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*, *148*(1), 12–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.014>

Lorenzo-Luaces, L., DeRubeis, R. J., & Bennett, I. M. (2015). Primary Care Physicians' Selection of Low-Intensity Treatments for Patients With Depression. *Family Medicine*, *47*(7), 511–516. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26562637>

Lüdtke, T., Pult, L. K., Schröder, J., Moritz, S., & Bücker, L. (2018). A randomized controlled trial on a smartphone self-help application (Be Good to Yourself) to reduce depressive symptoms. *Psychiatry Research*, *269*, 753–762. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.113>

Luppino, F. S., Wit, L. M. de, Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression. *Arch Gen Psychiatry*, *67*(3), 220–229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>

MacKenzie, M. B., Abbott, K. A., & Kocovski, N. L. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *14*, 1599–1605. <https://doi.org/10.2147/NDT.S160761>

Magnani, M., Sasdelli, A., Bellino, S., Bellomo, A., Carpiello, B., Politi, P., ... Berardi, D.

- (2016). Treating Depression: What Patients Want; Findings From a Randomized Controlled Trial in Primary Care. *Psychosomatics*, 57(6), 616–623.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.05.004>
- Mak, W. W., Chio, F. H., Chan, A. T., Lui, W. W., & Wu, E. K. (2017). The Efficacy of Internet-Based Mindfulness Training and Cognitive-Behavioral Training With Telephone Support in the Enhancement of Mental Health Among College Students and Young Working Adults: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(3), e84. <https://doi.org/10.2196/jmir.6737>
- Mak, W. W., Tong, A. C., Yip, S. Y., Lui, W. W., Chio, F. H., Chan, A. T., & Wong, C. C. (2018). Efficacy and Moderation of Mobile App–Based Programs for Mindfulness-Based Training, Self-Compassion Training, and Cognitive Behavioral Psychoeducation on Mental Health: Randomized Controlled Noninferiority Trial. *JMIR Mental Health*, 5(4), e60. <https://doi.org/10.2196/mental.8597>
- Manber, R., & Chambers, A. S. (2009). Insomnia and depression: A multifaceted interplay. *Current Psychiatry Reports*, 11(6), 437–442.
<https://doi.org/10.1007/s11920-009-0066-1>
- Mandrioli, R., Mercolini, L., Saracino, M. A., & Raggi, M. A. (2012). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): therapeutic drug monitoring and pharmacological interactions. *Current Medicinal Chemistry*, 19(12), 1846–1863. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22414078>
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 184(3), E191-6. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110829>
- Mantani, A., Kato, T., Furukawa, T. A., Horikoshi, M., Imai, H., Hiroe, T., ... Kawanishi, N. (2017). Smartphone Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct to Pharmacotherapy for Refractory Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e373. <https://doi.org/10.2196/jmir.8602>

- Márquez, D. X., Bustamante, E. E., Blissmer, B. J., & Prohaska, T. R. (2008). Health Promotion for Successful Aging. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(1), 12–19. <https://doi.org/10.1177/1559827608325200>
- Martínez-González, M. A., & Sánchez-Villegas, A. (2016). Food patterns and the prevention of depression. *Proceedings of the Nutrition Society*, 75(02), 139–146. <https://doi.org/10.1017/S0029665116000045>
- Mayor, S. (2015). Mindfulness based therapy is as effective as antidepressants in preventing depression relapse, study shows. *BMJ*, 350(apr21 24), h2107–h2107. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2107>
- Mayor, Susan. (2015). Mindfulness based therapy is as effective as antidepressants in preventing depression relapse, study shows. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 350, h2107. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25904480>
- McNaughton, N., & Corr, P. J. (2016). Mechanisms of comorbidity, continuity, and discontinuity in anxiety-related disorders. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 1053–1069. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000699>
- Meadows, G., & Shawyer, F. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy delays depressive relapse across demographic subgroups. *Evidence-Based Mental Health*. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102526>
- Mendlewicz, J. (2009). Sleep disturbances: Core symptoms of major depressive disorder rather than associated or comorbid disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry : The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, (770885181), 1–7. <https://doi.org/10.1080/15622970802503086>
- Michalak, J., Hölz, A., & Teismann, T. (2011). Rumination as a predictor of relapse in mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 230–236. <https://doi.org/10.1348/147608310X520166>
- Milaneschi, Y., Hoogendijk, W., Lips, P., Heijboer, A. C., Schoevers, R., van Hemert, A.

- M., ... Penninx, B. W. J. H. (2014). The association between low vitamin D and depressive disorders. *Mol Psychiatry*, *19*(4), 444–451.
- Mindfulness keeps depression at bay as effectively as drugs. (2015). *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, *29*(34), 10.
<https://doi.org/10.7748/ns.29.34.10.s11>
- Mindfulness may rival medication at preventing depression relapse. (2011). *The Harvard Mental Health Letter*, *27*(9), 7. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21480550>
- Miró, E., Iáñez, M. A., & Cano-Lozano, M. C. (2002). Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *2*(2), 301–326.
- Miyake, Y., Tanaka, K., Okubo, H., Sasaki, S., & Arakawa, M. (2015). Intake of dairy products and calcium and prevalence of depressive symptoms during pregnancy in Japan: A cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *122*(3), 336–343. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12972>
- Moberg, C., Niles, A., & Beermann, D. (2019). Guided Self-Help Works: Randomized Waitlist Controlled Trial of Pacifica, a Mobile App Integrating Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness for Stress, Anxiety, and Depression. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(6), e12556. <https://doi.org/10.2196/12556>
- Molendijk, M., Molero, P., Ortuño Sánchez-Pedreño, F., Van der Does, W., & Angel Martínez-González, M. (2018). Diet quality and depression risk: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, *226*, 346–354. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.022>
- Montero-Marín, J., Araya, R., Pérez-Yus, M. C., Mayoral, F., Gili, M., Botella, C., ... García-Campayo, J. (2016). An Internet-Based Intervention for Depression in Primary Care in Spain: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *18*(8), e231. <https://doi.org/10.2196/jmir.5695>
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental*

Science, 134, 382–389. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/444788>

Montón, C., Pérez Echeverría, M. J., Campos, R., García Campayo, J., & Lobo, A. (1993). [Anxiety scales and Goldberg's depression: an efficient interview guide for the detection of psychologic distress]. *Atencion Primaria*, 12(6), 345–349. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8218816>

Moosavi Nejad, M., Shahgholian, N., & Samouei, R. (2018). The effect of mindfulness program on general health of patients undergoing hemodialysis. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 74. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_132_17

Morres, I. D., Hatzigeorgiadis, A., Stathi, A., Comoutos, N., Arpin-Cribbie, C., Krommidas, C., & Theodorakis, Y. (2019). Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 36(1), 39–53. <https://doi.org/10.1002/da.22842>

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Medrano, L. A., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., ... Hermosilla-Pasamar, A. M. (2017). Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry*, 17(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1450-8>

Murphy, J. A., Oliver, G., Ng, C. H., Wain, C., Magennis, J., Opie, R. S., ... Sarris, J. (2019). Pilot-Testing of “Healthy Body Healthy Mind”: An Integrative Lifestyle Program for Patients With a Mental Illness and Co-morbid Metabolic Syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00091>

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Physical activity: brief advice for adults in primary care.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

- Nymberg, P., Ekvall Hansson, E., Stenman, E., Calling, S., Sundquist, K., Sundquist, J., & Zöller, B. (2018). Pilot study on increased adherence to physical activity on prescription (PAP) through mindfulness: study protocol. *Trials*, *19*(1), 563. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2932-9>
- O'Connor, P. J., Herring, M. P., & Carvalho, A. (2010). Mental Health Benefits of Strength Training in Adults. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *4*(5), 377–396. <https://doi.org/10.1177/1559827610368771>
- Olbert, C. M., Rasmussen, A., Gala, G. J., & Tupler, L. A. (2016). Treatment outcome variation between depression symptom combinations in the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*, *201*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.050>
- Olivan-Blázquez, B., Montero-Marin, J., García-Toro, M., Vicens-Pons, E., Serrano-Ripoll, M. J., Castro-Gracia, A., ... Garcia-Campayo, J. (2018). Facilitators and barriers to modifying dietary and hygiene behaviours as adjuvant treatment in patients with depression in primary care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1779-7>
- Organización Mundial De La Salud. (2010). Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. *Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication*, (Completo), 1–58. https://doi.org/978_92_4_359997_7
- Ovretveit, J., Wu, A., Street, R., Thimbleby, H., Thilo, F., & Hannawa, A. (2017). Using and choosing digital health technologies: a communications science perspective. *Journal of Health Organization and Management*, *31*(1), 28–37. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2016-0128>
- Ozminkowski, R. J., Wang, S., & Walsh, J. K. (2007). The direct and indirect costs of untreated insomnia in adults in the United States. *Sleep*, *30*(3), 263–273.
- Paans, N. P. G., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., Roca, M., Kohls, E., ... Penninx, B. W. J. H. (2018). The association between depression and eating styles in four European countries: The MoodFOOD prevention study. *Journal of Psychosomatic*

Research, 108, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.003>

Papakostas, G. I., Shelton, R. C., Zajecka, J. M., Etemad, B., Rickels, K., Clain, A., ... Fava, M. (2012). L-methylfolate as adjunctive therapy for SSRI-resistant major depression: Results of two randomized, double-blind, parallel-sequential trials. *American Journal of Psychiatry*, 169(12), 1267–1274. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11071114>

Parletta, N., Zarnowiecki, D., Cho, J., Wilson, A., Bogomolova, S., Villani, A., ... O’Dea, K. (2017). A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: A randomized controlled trial (HELFIMED). *Nutritional Neuroscience*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2017.1411320>

Parmentier, F. B. R., García-Toro, M., García-Campayo, J., Yañez, A. M., Andrés, P., & Gili, M. (2019). Mindfulness and Symptoms of Depression and Anxiety in the General Population: The Mediating Roles of Worry, Rumination, Reappraisal and Suppression. *Frontiers in Psychology*, 10, 506. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00506>

Pence, B. W., O’Donnell, J. K., & Gaynes, B. N. (2012). The depression treatment cascade in primary care: a public health perspective. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 328–335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0274-y>

Pereira-Da-Silva, L., Rego, C., & Pietrobelli, A. (2016). The diet of preschool children in the Mediterranean countries of the European Union: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph13060572>

Pereira, A. C., Huddleston, D. E., Brickman, A. M., Sosunov, A. A., Hen, R., McKhann, G. M., ... Brown, T. R. (2007). An in vivo correlate of exercise-induced neurogenesis in the adult dentate gyrus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(13), 5638–5643. <https://doi.org/10.1073/pnas.0611721104>

- Perini, S., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: Randomized controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 43*, 571–578.
- Peters, A. T., Burkhouse, K., Feldhaus, C. C., Langenecker, S. A., & Jacobs, R. H. (2016). Aberrant resting-state functional connectivity in limbic and cognitive control networks relates to depressive rumination and mindfulness: A pilot study among adolescents with a history of depression. *Journal of Affective Disorders, 200*, 178–181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.059>
- Pfaff, J. J., Alfonso, H., Newton, R. U., Sim, M., Flicker, L., & Almeida, O. P. (2014). ACTIVEDEP: a randomised, controlled trial of a home-based exercise intervention to alleviate depression in middle-aged and older adults. *British Journal of Sports Medicine, 48*(3), 226–232. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092510>
- Piersol, C. V., Canton, K., Connor, S. E., Giller, I., Lipman, S., & Sager, S. (2017). Effectiveness of Interventions for Caregivers of People With Alzheimer’s Disease and Related Major Neurocognitive Disorders: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 71*(5), 7105180020p1-7105180020p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.027581>
- Platts, D., & Morgan, S. (2018). Comment on “Web-Based Tools and Mobile Applications to Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review.” *Academic Psychiatry, 42*(3), 422–423. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0906-6>
- Poletti, S., Aggio, V., Brioschi, S., Dallspezia, S., Colombo, C., & Benedetti, F. (2017). Multidimensional cognitive impairment in unipolar and bipolar depression and the moderator effect of adverse childhood experiences. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 71*(5), 309–317. <https://doi.org/10.1111/pcn.12497>
- Pospos, S., Young, I. T., Downs, N., Iglewicz, A., Depp, C., Chen, J. Y., ... Zisook, S. (2018). Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review.

Academic Psychiatry, 42(1), 109–120. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0868-0>

Potes, A., Souza, G., Nikolitch, K., Penheiro, R., Moussa, Y., Jarvis, E., ... Rej, S. (2018).

Mindfulness in severe and persistent mental illness: a systematic review.

International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 22(4), 253–261.

<https://doi.org/10.1080/13651501.2018.1433857>

Rai, D., Zitko, P., Jones, K., Lynch, J., & Araya, R. (2013). Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison.

The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 202(3), 195–203.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112482>

Raison, C. L., Capuron, L., & Miller, A. H. (2006). Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in Immunology*, 27(1), 24–31.

<https://doi.org/10.1016/j.it.2005.11.006>.Cytokines

Raison, C., Lowry, C., & Rook, G. (2010). Inflammation, sanitation, and consternation:

loss of contact with coevolved, tolerogenic microorganisms and the

pathophysiology and treatment of major depression. *Archives of General*

Psychiatry, 67(12), 1211–1224.

<https://doi.org/10.1016/j.pestbp.2011.02.012>.Investigations

Ramos-Brieva, J. A., & Cordero Villafáfila, A. (n.d.). [Validation of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression]. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia,*

Psiquiatria y Ciencias Afines, 14(4), 324–334. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3776732>

Ranasinghe, M., Cabrera, A., Postel-Vinay, N., & Boyer, C. (2018). Transparency and

Quality of Health Apps: The HON Approach. *Studies in Health Technology and*

Informatics, 247, 656–660. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29678042>

Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression:

A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36–46.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>

- Renton, T., Tang, H., Ennis, N., Cusimano, M. D., Bhalerao, S., Schweizer, T. A., & Topolovec-Vranic, J. (2014). Web-based intervention programs for depression: A scoping review and evaluation. *Journal of Medical Internet Research*.
<https://doi.org/10.2196/jmir.3147>
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M., & Landers, D. M. (2009). The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. *Sports Medicine*, 39(0112-1642 (Print)), 491–511. <https://doi.org/10.2165/00007256-200939060-00004>
- Richards, D., Timulak, L., O'Brien, E., Hayes, C., Vigano, N., Sharry, J., & Doherty, G. (2015). A randomized controlled trial of an internet-delivered treatment: Its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 75.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.005>
- Richards, Derek, Duffy, D., Blackburn, B., Earley, C., Enrique, A., Palacios, J., ... Timulak, L. (2018). Digital IAPT: the effectiveness & cost-effectiveness of internet-delivered interventions for depression and anxiety disorders in the Improving Access to Psychological Therapies programme: study protocol for a randomised control trial. *BMC Psychiatry*, 18(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1639-5>
- Richards, Derek, Timulak, L., Doherty, G., Sharry, J., Colla, A., Joyce, C., & Hayes, C. (2014). Internet-delivered treatment: its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 147. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-147>
- Richards, K., Marko-Holguin, M., Fogel, J., Anker, L., Ronayne, J., & Van Voorhees, B. W. (2016). RANDOMIZED CLINICAL TRIAL OF AN INTERNET-BASED INTERVENTION TO PREVENT ADOLESCENT DEPRESSION IN A PRIMARY CARE SETTING (CATCH-IT): 2.5-YEAR OUTCOMES. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 16(2), 113–134.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30345428>
- Riemann, D., Hertenstein, E., & Schramm, E. (2016). Mindfulness-based cognitive

therapy for depression. *Lancet (London, England)*, 387(10023), 1054.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00660-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00660-7)

Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yuen, H. P., Yung, A., & Pirkis, J. (2016).

Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: Results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.12137>

Robles, R., & Páez, F. (2003). *ESTUDIO SOBRE LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LAS ESCALAS DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (PANAS)*. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam031h.pdf>

Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 52–58.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>

Roca, Miguel, Armengol, S., Salvador-Carulla, L., Monzón, S., Salvà, J., & Gili, M. (2011). Adherence to Medication in Depressive Patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(4), 541–543.

<https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182223af9>

Roca, Miquel, Kohls, E., Gili, M., Watkins, E., Owens, M., Hegerl, U., ... MoodFOOD Prevention Trial Investigators. (2016). Prevention of depression through nutritional strategies in high-risk persons: rationale and design of the MoodFOOD prevention trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0900-z>

Rocha, K. B. (2011). *Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española 1*. © *International Journal of Clinical and Health Psychology* (Vol. 11). Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/337/33715423008.pdf>

Rodgers, M., Asaria, M., Walker, S., McMillan, D., Lucock, M., Harden, M., ... Eastwood,

- A. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. *Health Technology Assessment*, *16*(28), 1–130. <https://doi.org/10.3310/hta16280>
- Romero-Sanchiz, P., Nogueira-Arjona, R., García-Ruiz, A., Luciano, J. V., Campayo, J. G., Gili, M., ... Cleries, F. M. (2017). Economic evaluation of a guided and unguided internet-based CBT intervention for major depression: Results from a multicenter, three-armed randomized controlled trial conducted in primary care. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172741>
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., ... Keller, M. B. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive. *Biological Psychiatry*, *54*(5), 573–583. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)01866-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)01866-8)
- Safer, D. J. (2017). Differing antidepressant maintenance methodologies. *Contemporary Clinical Trials*, *61*, 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.07.021>
- Sahdra, B. K., Shaver, P. R., & Brown, K. W. (2010). A scale to measure nonattachment: a Buddhist complement to Western research on attachment and adaptive functioning. *Journal of Personality Assessment*, *92*(2), 116–127. <https://doi.org/10.1080/00223890903425960>
- Sanchez-Villegas, A., Henríquez, P., Figueiras, A., Ortuño, F., Lahortiga, F., & Martínez-González, M. A. (2007). Long chain omega-3 fatty acids intake, fish consumption and mental disorders in the SUN cohort study. *European Journal of Nutrition*, *46*(6), 337–346. <https://doi.org/10.1007/s00394-007-0671-x>
- Sánchez-Villegas, A., Martínez-González, M. A., Estruch, R., Salas-Salvadó, J., Corella, D., Covas, M. I., ... Serra-Majem, L. (2013). Mediterranean dietary pattern and depression: the PREDIMED randomized trial. *BMC Medicine*, *11*, 208. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-208>
- Sanchez-Villegas, A., & Martí, M. A. (2009). Association of the Mediterranean Dietary Pattern With the Incidence of Depression. *Arch Gen Psychiatry*, *66*(10), 1090–

1098. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.129>.
- Sander, L., Paganini, S., Lin, J., Schlicker, S., Ebert, D. D., Buntrock, C., & Baumeister, H. (2017). Effectiveness and cost-effectiveness of a guided Internet- and mobile-based intervention for the indicated prevention of major depression in patients with chronic back pain-study protocol of the PROD-BP multicenter pragmatic RCT. *BMC Psychiatry, 17*(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1193-6>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema, 11*(1), 37–51. <https://doi.org/ISSN 0214-9915>
- Santoft, F., Axelsson, E., Öst, L.-G., Hedman-Lagerlöf, M., Fust, J., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 49*(8), 1266–1274. <https://doi.org/10.1017/S0033291718004208>
- Sanz, J. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos Spanish adaptation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): 3. Psychometric features in patients with psychological disorders ARTÍCULOS, *16*(2), 121–142. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104001.pdf>
- Saulsberry, A., Marko-Holguin, M., Blomeke, K., Hinkle, C., Fogel, J., Gladstone, T., ... Van Voorhees, B. W. (2013). Randomized Clinical Trial of a Primary Care Internet-based Intervention to Prevent Adolescent Depression: One-year Outcomes. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie Canadienne de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 22*(2), 106–117. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23667356>
- Schumer, M. C., Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2018). Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(7), 569–583. <https://doi.org/10.1037/ccp0000324>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive*

therapy for depression. Guilford Press.

- Segal, Z. V, Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., ... Levitan, R. D. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256–1264. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.168>
- Segal, Z. V, & Walsh, K. M. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms and relapse prophylaxis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(1), 7–12. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000216>
- Serna, M. C., Cruz, I., Real, J., Gascó, E., & Galván, L. (2010). Duration and adherence of antidepressant treatment (2003 to 2007) based on prescription database☆. *European Psychiatry*, 25(4), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.012>
- Serra-Majem, L., Roman, B., & Estruch, R. (2006). Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutrition Reviews*, 64(2 Pt 2), S27-47. <https://doi.org/10.1301/nr.2006.feb.S27>
- Serrano, M. A., Cañada, J., Moreno, J. C., & Gurrea, G. (2017). Solar ultraviolet doses and vitamin D in a northern mid-latitude. *Science of the Total Environment*, 574, 744–750. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2016.09.102>
- Serrano, M. J., Vives, M., Mateu, C., Vicens, C., Molina, R., Puebla-Guedea, M., & Gili, M. (2014). Therapeutic adherence in primary care depressed patients: a longitudinal study. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 42(3), 91–98. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24844808>
- Serrano Ripoll, M. J., Oliván-Blázquez, B., Vicens-Pons, E., Roca, M., Gili, M., Leiva, A., ... García-Toro, M. (2015a). Lifestyle change recommendations in major depression: Do they work? *Journal of Affective Disorders*, 183, 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.059>
- Serrano Ripoll, M. J., Oliván-Blázquez, B., Vicens-Pons, E., Roca, M., Gili, M., Leiva, A., ...

- García-Toro, M. (2015b). Lifestyle change recommendations in major depression: Do they work? *Journal of Affective Disorders*, *183*, 221–228.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.059>
- Shaffer, J. A., Edmondson, D., Wasson, L. T., Falzon, L., Homma, K., Nchedochukwu, E., ... Davidson, K. W. (2014). Vitamin D Supplementation for Depressive Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, *76*(3), 190–196.
<https://doi.org/10.1016/j.pestbp.2011.02.012>
- Shallcross, A. J., Gross, J. J., Visvanathan, P. D., Kumar, N., Palfrey, A., Ford, B. Q., ... Mauss, I. B. (2015). Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(5). <https://doi.org/10.1037/ccp0000050>
- Sheehan, D. D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., & Amorim, P. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, *59*(2), 22–33.
- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M., ... Soto, O. (1992). *MINI MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000) 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)*. Retrieved from https://www.academia.cat/files/425-5468-DOCUMENT/MINI_5_Entrevista_Neuropsiquiatria_Internacional.pdf
- Shoelson, S. E., Herrero, L., & Naaz, A. (2007). Obesity, Inflammation, and Insulin Resistance. *Gastroenterology*, *132*(6), 2169–2180.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.03.059>
- Silveira, M. F., Almeida, J. C., Freire, R. S., Haikal, D. S., & Martins, A. E. de B. L. (2013). [Psychometric properties of the quality of life assessment instrument: 12-item health survey (SF-12)]. *Ciencia & Saude Coletiva*, *18*(7), 1923–1931. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23827896>

- Simón, V. M. (2006). *MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA MINDFULNESS Y NEUROBIOLOGÍA*. Retrieved from <http://www.vicentesimon.com/pdf/Mindfulness.pdf>
- Sizoo, B. B., & Kuiper, E. (2017). Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities, 64*, 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.03.004>
- Smit, A., Kemps, A., Zoun, M., & Spijker, J. (2017). [Adequacy of treatment for chronic anxiety or depression; an exploratory study of treatment practice]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie, 59*(7), 422–426. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28703262>
- Sørensen, J., Sørensen, J. B., Skovgaard, T., Bredahl, T., & Puggaard, L. (2011). Exercise on prescription: Changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. *European Journal of Public Health, 21*(1), 56–62. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq003>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review, 45*, 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Stahl, S. T., Albert, S. M., Dew, M. A., Lockovich, M. H., & Reynolds, C. F. (2014). Coaching in Healthy Dietary Practices in At-Risk Older Adults: A Case of Indicated Depression Prevention. *American Journal of Psychiatry, 171*(5), 499–505. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13101373>
- Stanton, R., & Reaburn, P. (2014a). Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport, 17*(2), 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.010>
- Stanton, R., & Reaburn, P. (2014b). Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport, 17*(2),

177–182. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.010>

Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 14(5), 463–472. <https://doi.org/10.1370/afm.1967>

Sublette, M. E., Ellis, S. P., Geant, A. L., & Mann, J. J. (2011). Meta-analysis: Effects of Eicosapentaenoic Acid in Clinical Trials in Depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(12), 1577–1584. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06634>

Summergrad, P. (2016). Investing in global mental health: the time for action is now. <https://doi.org/10.1016/>

Swardfager, W., Herrmann, N., Mazereeuw, G., Goldberger, K., Harimoto, T., & Lanctôt, K. L. (2013). Zinc in depression: a meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 74(12), 872–878. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.05.008>

Tangney, C., Young, J., Murtaugh, M., Cobleigh, M., & Oleske, D. (2002). Self-reported dietary habits, overall dietary quality and symptomatology of breast cancer survivors: a cross-sectional examination. *Breast Cancer Research and Treatment*, 71(2), 113–123.

Tanguay Bernard, M.-M., Luc, M., Carrier, J.-D., Fournier, L., Duhoux, A., Côté, E., ... Roberge, P. (2018). Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. *Heliyon*, 4(7), e00688. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00688>

Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 347–357. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.347>

Teychenne, M., Ball, K., & Salmon, J. (2010). Sedentary behavior and depression among adults: A review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(4), 246–254. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9075-z>

Thase ME. Recommendations for screening for depression in adults. (2016).

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.014>

The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)-Overview. (1999). Retrieved from
http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf

Thielsch, M. T., & Thielsch, C. (2018). Depressive symptoms and web user experience.
PeerJ, 6, e4439. <https://doi.org/10.7717/peerj.4439>

Thota, A. B., Sipe, T. A., Byard, G. J., Zometa, C. S., Hahn, R. A., McKnight-Eily, L. R., ...
Community Preventive Services Task Force. (2012). Collaborative care to improve
the management of depressive disorders: a community guide systematic review
and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5), 525–538.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.01.019>

Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., &
McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression:
A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441–452.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.007>

Tolmunen, T., Hintikka, J., Ruusunen, A., Voutilainen, S., Tanskanen, A., Valkonen, V. P.,
... Salonen, J. T. (2004). Dietary folate and the risk of depression in finnish middle-
aged men: A prospective follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*,
73(6), 334–339. <https://doi.org/10.1159/000080385>

Toobert, D. J., Glasgow, R. E., Strycker, L. A., Barrera, M., Ritzwoller, D. P., & Weidner,
G. (2007). Long-term effects of the Mediterranean lifestyle program: a
randomized clinical trial for postmenopausal women with type 2 diabetes.
International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 4, 12.
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-4-1>

Toobert, D., Strycker, L., Barrera, M., Osuna, D., King, D. K., & Glasgow, R. E. (2011).
Outcomes from a multiple risk factor diabetes self-management trial for latinass:
Viva Bien! *Annals of Behavioral Medicine*, 41(3), 310–323.
<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9256-7>

Toobert, D., Strycker, L., Glasgow, R., Barrera, M., & Angell, K. (2005). Effects of the

- mediterranean lifestyle program on multiple risk behaviors and psychosocial outcomes among women at risk for heart disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(2), 128–137. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2902_7
- Toobert, D., Strycker, L., Hampson, S., Westling, E., Christiansen, S. M., Hurley, T. G., & Hébert, J. R. (2011). Computerized Portion-Size Estimation Compared to Multiple 24-Hour Dietary Recalls for Measurement of Fat, Fruit, and Vegetable Intake in Overweight Adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(10), 1578–1583. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.07.004>
- Tordeurs, D., Janne, P., Appart, A., Zdanowicz, N., & Reynaert, C. (2011). Efficacité de l'exercice physique en psychiatrie : une voie thérapeutique ? *L'Encéphale*, 37(5), 345–352. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.02.003>
- Tunney, C., Cooney, P., Coyle, D., & O'Reilly, G. (2017). Comparing young people's experience of technology-delivered v. face-to-face mindfulness and relaxation: two-armed qualitative focus group study. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 210(4), 284–289. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.172783>
- Tuunainen, A., Kripke, D. F., & Endo, T. (2004). Light therapy for non-seasonal depression. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004050.pub2>
- Vallejo, M. Á., & Uned, P. (2006). *MINDFULNESS*. Retrieved from <http://www.cop.es/papeles>
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 989–1001. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002054>
- van Achterberg, T., Huisman-de Waal, G. G. J., Ketelaar, N. A. B. M., Oostendorp, R. A., Jacobs, J. E., & Wollersheim, H. C. H. (2011). How to promote healthy behaviours

- in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. *Health Promotion International*, 26(2), 148–162. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq050>
- Van Dam, N. T., Hobkirk, A. L., Danoff-Burg, S., & Earleywine, M. (2012). Mind your words: positive and negative items create method effects on the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Assessment*, 19(2), 198–204. <https://doi.org/10.1177/1073191112438743>
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine (1982)*, 71(2), 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035>
- Van Schaik, D. J. F., Klijn, A. F. J., Van Hout, H. P. J., Van Marwijk, H. W. J., Beekman, A. T. F., De Haan, M., & Van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26(3), 184–189. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.12.001>
- Van Voorhees, B. W., Fogel, J., Reinecke, M. A., Gladstone, T., Stuart, S., Gollan, J., ... Bell, C. (2009). Randomized Clinical Trial of an Internet-Based Depression Prevention Program for Adolescents (Project CATCH-IT) in Primary Care: 12-Week Outcomes. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(1), 23–37. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181966c2a>
- Van Voorhees, B. W., Vanderplough-Booth, K., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Stuart, S., ... Reinecke, M. A. (2008). Integrative internet-based depression prevention for adolescents: a randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie Canadienne de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 17(4), 184–196. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19018321>
- van Vugt, M. K., Hitchcock, P., Shahar, B., & Britton, W. (2012). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Affective Memory Recall Dynamics in Depression: A Mechanistic Model of Rumination. *Frontiers in Human*

Neuroscience, 6, 257. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00257>

Vashum, K. P., McEvoy, M., Milton, A. H., McElduff, P., Hure, A., Byles, J., & Attia, J. (2014). Dietary zinc is associated with a lower incidence of depression: Findings from two Australian cohorts. *Journal of Affective Disorders*, 166, 249–257. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.016>

Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2018). Pilot evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program to promote mental health skills in university students. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22656>

Vittengl, J. R. (2017). Who pays the price for high neuroticism? Moderators of longitudinal risks for depression and anxiety. *Psychological Medicine*, 47(10), 1794–1805. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000253>

Wahbeh, H. (2018). Internet Mindfulness Meditation Intervention (IMMI) Improves Depression Symptoms in Older Adults. *Medicines*, 5(4), 119. <https://doi.org/10.3390/medicines5040119>

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543–1555. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2005.11.025>

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>

Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *The American Psychologist*, 66(7), 579–592.

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3), 220–233.

Warmerdam, L., van Straten, A., & Cuijpers, P. (2007). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: the protocol of a randomized controlled trial.

BMC Psychiatry, 7(1), 72. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-72>

- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(02), 272–283.
<https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>
- Warriner, S., Crane, C., Dymond, M., & Krusche, A. (2018). An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS). *Midwifery*, 64, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.004>
- Watanabe, N., Horikoshi, M., Yamada, M., Shimodera, S., Akechi, T., Miki, K., ... Steering Committee of the Fun to Learn to Act and Think through Technology Project. (2015). Adding smartphone-based cognitive-behavior therapy to pharmacotherapy for major depression (FLATT project): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0805-z>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Weisberg, R. B., Beard, C., Moitra, E., Dyck, I., & Keller, M. B. (2014). Adequacy of treatment received by primary care patients with anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 31(5), 443–450. <https://doi.org/10.1002/da.22209>
- Wells, M. J., Owen, J. J., McCray, L. W., Bishop, L. B., Eells, T. D., & ... & Wright, J. H. (2018). Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 20(2). <https://doi.org/doi.org/10.4088/PCC.17r02196>
- Werner, C. C. (2015). [Mindfulness based cognitive therapy, a real alternative to

- antidepressants treatment to prevent relapse?]. *Revue Medicale Suisse*, 11(487), 1773. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26591795>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*, 10(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., & Vos, T. (2016). *Challenges to estimating the true global burden of mental disorders*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30026-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30026-8)
- Williams, A. D., & Andrews, G. (2013). The effectiveness of Internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for depression in primary care: a quality assurance study. *PLoS One*, 8(2), e57447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057447>
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2). <https://doi.org/10.1037/a0035036>
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563–1571. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.001>
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2018). Corrigendum to “Mindfulness-based relapse prevention for substance craving” [Addictive Behaviors 38 (2013) 1563–1571]. *Addictive Behaviors*, 82, 202. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.013>
- Yousaf, K., Mehmood, Z., Awan, I. A., Saba, T., Alharbey, R., Qadah, T., & Alrige, M. A.

- (2019). A comprehensive study of mobile-health based assistive technology for the healthcare of dementia and Alzheimer's disease (AD). *Health Care Management Science*. <https://doi.org/10.1007/s10729-019-09486-0>
- Zani, C., Ceretti, E., Grioni, S., Viola, G. C. V., Donato, F., Feretti, D., ... Gilli, G. (2016). Are 6-8 year old Italian children moving away from the Mediterranean diet? *Annali Di Igiene*, 28(5). <https://doi.org/10.7416/ai.2016.2114>
- Zhang, A., Franklin, C., Jing, S., Bornheimer, L. A., Hai, A. H., Himle, J. A., ... Ji, Q. (2019). The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1168–1186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.008>
- Zhang, A., Park, S., Sullivan, J. E., & Jing, S. (2018). The Effectiveness of Problem-Solving Therapy for Primary Care Patients' Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 31(1), 139–150. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.01.170270>
- Zhang, M. W. B., & Ho, R. C. M. (2015). Enabling Psychiatrists to Explore the Full Potential of E-Health. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 177. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00177>
- Zhu, D., Zhao, W., Zhang, B., Zhang, Y., Yang, Y., Zhang, C., ... Yu, Y. (2019). The Relationship Between Serum Concentration of Vitamin D, Total Intracranial Volume, and Severity of Depressive Symptoms in Patients With Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 322. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00322>
- Zou, L., Yeung, A., Quan, X., Hui, S. S.-C., Hu, X., Chan, J. S. M., ... Wang, H. (2018). Mindfulness-Based Baduanjin Exercise for Depression and Anxiety in People with Physical or Mental Illnesses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 321. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020321>

**Eficacia comparativa de un programa psicoeducativo de estilo de vida saludable
vs un programa basado en mindfulness
aplicados por medio de tics en el tratamiento de la depresión en atención primaria**