



**Universitat**  
de les Illes Balears

# Viabilidad de un programa piloto de intervención multimodal sobre estilo de vida en pacientes con Depresión Resistente.

Maria Antònia Femenias Roig

**Memoria del Trabajo de Fin de Máster**

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria  
de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2018-2019

*25 de junio de 2019*

*Tutor del Trabajo: Mauro García Toro*

# Índice

---

<b>Resumen/ Abstract.....</b>	<b>Página 2</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>Página 3</b>
<b>1. La magnitud del problema de la depresión.....</b>	<b>Página 3</b>
<b>2. La depresión, criterios diagnósticos.....</b>	<b>Página 4</b>
<b>3. El estilo de vida mediterráneo.....</b>	<b>Página 5</b>
<b>3.1. Dieta mediterránea.....</b>	<b>Página 5</b>
<b>3.2. Actividad física.....</b>	<b>Página 7</b>
<b>3.3. Higiene del sueño.....</b>	<b>Página 8</b>
<b>3.4. Exposición a la luz solar.....</b>	<b>Página 9</b>
<b>3.5. La red social de apoyo.....</b>	<b>Página 10</b>
<b>3.6. Mindfulness. Estrategia para afrontar el estrés.....</b>	<b>Página 11</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>Página 13</b>
<b>Hipótesis y objetivos.....</b>	<b>Página 13</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>Página 13</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>Página 14</b>
<b>Procedimiento.....</b>	<b>Página 15</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>Página 17</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>Página 28</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>Página 30</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>Página 31</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>Página 36</b>

# Resumen

---

## Resumen

La magnitud del problema de la depresión se ha ido incrementando en las últimas décadas. La depresión provoca problemas de sueño, disminución de la energía y del nivel de actividad, preferencia por comidas procesadas con alto contenido en azúcares y carbohidratos, tendencia al aislamiento social y una alta comorbilidad con problemas de ansiedad. Todo esto empeora la clínica depresiva haciéndola más resistente al tratamiento. En este trabajo se prueba un programa de intervención multimodal sobre el estilo de vida para 13 pacientes con depresión resistente como tratamiento complementario al que llevaban prescrito. Los resultados sugieren una buena aceptación general por parte de los pacientes y se apuntan mejorías más claras en los pacientes con trastorno por Depresión Mayor por lo que este estudio piloto respalda la viabilidad del programa en este subgrupo de pacientes.

**Palabras Clave:** Depresión, estilo de vida, dieta mediterránea, ejercicio físico, luz solar, higiene del sueño, apoyo social y manejo del estrés.

## Abstract

The magnitude of the problem of depression has increased in the last decades. Depression can result in sleep problems, reduced energy and level of activity, preference of processed foods with a high content of sugars and carbohydrates, tendency to social isolation and a high comorbidity with anxiety problems. All of the above mentioned problems aggravate the clinical depressive making it more resistant to treatment. The project tries a multimodal intervention programme about 13 people's lifestyles with resistant depression as a complementary treatment to the one they had. The results suggest a good acceptance by patients and there are clearer improvements to those patients with Major Depression Disorder. This pilot study supports the feasibility of the program in this patients subgroup.

**Key words:** Depression, lifestyle, mediterranean diet, physical exercise, sunlight, sleep hygiene, social support and stress.

# Introducción

---

## 1. La magnitud del problema de la depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Además, es un problema de salud importante, sobre todo cuando es de larga duración e intensidad moderada o grave, alterando las actividades laborales, escolares y familiares (OMS, 2018).

Entre el 25% y el 35% de las personas que acuden a consulta en atención primaria, lo hacen por problemas de salud mental y más de un 80% de estos presenta un episodio depresivo o de ansiedad (Roca, et al., 2009)

El estudio ESEMeD-España muestra que la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor es inferior a otros países europeos, 10,6% prevalencia-vida y un 4,0% prevalencia-año. Se ha sugerido que en España la edad de inicio es más temprana, hay más comorbilidad y cronicidad (Gabilondo, et. al., 2010). La prevalencia se asocia a variables personales y dificultades socioeconómicas (Arias, Vilagut, Martín, Molina y Alonso, 2018).

Según el National Institute of Mental Health, las personas con depresión suelen presentar una mayor comorbilidad y mortalidad. Hay una asociación entre la depresión y otras enfermedades físicas y mentales, también con el abuso de sustancias y la conducta suicida. La depresión predispone a padecer estas patologías y al mismo tiempo la presencia de las mismas incrementa la probabilidad de tener depresión (NIMH, 2015).

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe tratamiento. Entre los obstáculos para recibir una atención eficaz se encuentra la falta de recursos y de personal sanitario, la estigmatización de los trastornos mentales, la evaluación clínica inexacta y el diagnóstico erróneo que se realiza (OMS, 2018).

Los costes sanitarios que genera el trastorno depresivo pueden ser directos, que son los generados por el manejo de la enfermedad, y los indirectos que son los derivados de las

consecuencias de dicha enfermedad. Los indirectos son mayores que demás (Martín Zurro, 2008). La depresión es el trastorno mental más costoso en Europa y supone el 33% del coste total destinado a salud mental, neurología y neurocirugía. Los costes indirectos suponen un 61% de este gasto y los costes directos se reparten entre la atención ambulatoria, hospitalización, tratamiento farmacológico y mortalidad (Sobocki, Jonsson, Angst y Rehnberg, 2006)

## 2. La depresión, criterios diagnósticos.

El rasgo común de todos los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo generando una afectación de sus actividades de la vida diaria.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto los criterios diagnósticos de depresión más utilizados en la práctica clínica y en la investigación son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). Para el presente estudio se han utilizado los criterios diagnósticos de Trastorno de Depresión Mayor según DSM-5:

- |   |
|---|
| A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer.<br>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.<br>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días<br>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días<br>(4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.<br>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.<br>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.<br>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días<br>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.<br>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. |
| B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.  |
| C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica   |
| D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos   |
| E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco  |

Fuente: (Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2014)

Existen otros trastornos con episodios de depresión habituales como el trastorno bipolar y también pero en menor medida los trastornos del espectro esquizofrénico. Estas enfermedades requieren un tratamiento farmacológico diferente al trastorno Depresivo Mayor. El National Institute for Health and Care Excellence NICE en 2014 hizo una guía para el trastorno bipolar dónde recomienda como tratamiento de la fase depresiva seguir la misma línea de intervención psicoterapéutica que en pacientes con depresión unipolar (Kendall et al., 2014).

### **3. El estilo de vida mediterráneo**

La depresión es una enfermedad multifactorial, en la medida en que en su origen y mantenimiento intervienen una gran variedad de factores biológicos y psicosociales. Muchos de estos factores se relacionan con el estilo de vida.

El estilo de vida hace referencia a patrones de comportamientos que desarrollamos las personas. La manera de comer, hacer actividad física, descansar, jugar, comportarse con los demás, pensar, dormir, trabajar, entre otros (Mora, 2012).

Los cambios del estilo de vida más claros que están objetivándose en el mundo desarrollando en las últimas décadas son: la mala alimentación, el sedentarismo, la privación de sueño, el aislamiento social y los altos niveles de estrés. Todo ello contribuye a una peor salud física y mental de la población, aumentando la incidencia y prevalencia de los trastornos depresivos (Hidaka, 2012).

A continuación se profundizara en la evidencia científica del potencial antidepresivo de la combinación de factores que se ha propuesto denominar “estilo de vida mediterráneo” (Toobert, Strycker, Glasgow, Barrera y Angell, 2005).

#### **3.1 Dieta mediterránea**

La alimentación es considerada desde siempre un factor muy importante en el mantenimiento de la salud física, pero hasta hace bien poco no se le daba importancia en la salud mental. Sin embargo, los nutrientes que aportamos a través de la dieta son fundamentales para la estructura, la bioquímica, la fisiología y la función del cerebro.

Bourre (2006) destaca entre los nutrientes que afectan más al cerebro, los ácidos grasos (omega-3), aminoácidos (triptófano y fenilalanina), minerales y oligoelementos (hierro, yodo, magnesio, cobre y cinc) y vitaminas (vitamina B y C y ácido fólico).

Los ácidos grasos no pueden ser sintetizados por el organismo por lo que deben ser ingeridos a través de la alimentación. El cambio significativo que se ha producido en la alimentación después de las revoluciones industriales y agrícolas puede estar contribuyendo a aumentar las enfermedades cardiovasculares y los trastornos psiquiátricos. Esto se puede explicar por el cambio producido en la proporción de ácidos grasos poliinsaturados consumidos. En una alimentación adecuada la relación entre los ácidos omega-6 y omega-3 debería ser entre 2:1 y 1:1. Esto se podría conseguir consumiendo 2-3 veces por semana pescado con alto contenido en omega-3 (Trebatická y uřařková, 2015).

Cuando se han estudiado los nutrientes por separado se ha visto que los déficits de ácido fólico, vitamina B12, hierro, zinc, magnesio y selenio tienden a ser más comunes entre las personas deprimidas (Ibarra, et al., 2015).

El empeoramiento de los hábitos alimentarios tiene que ver con el aumento del consumo de azúcares añadidos, grasas saturadas y una disminución del consumo de fibra, frutas, verduras y carbohidratos. Este cambio ha acarreado un incremento de la obesidad. Las personas obesas tienen un 55% más de riesgo a padecer depresión que las comparadas con un peso normal, a su vez, los individuos deprimidos tienen un 58% de más probabilidad de ser obesas que aquellas que no están deprimidas (Luppino et al., 2010).

Un estudio sobre la dieta vegetariana y la sintomatología depresiva desvela que la exclusión de cualquier grupo de alimentos de la dieta se relaciona con síntomas depresivos (Matta, et al., 2018). Una dieta caracterizada por el consumo de frutas, verduras, cereales integrales, pescado, aceite de oliva, productos lácteos bajos en grasa y antioxidantes y un bajo consumo de alimentos de origen animal se asocia con un menor riesgo a padecer depresión (Li, et al., 2017). En cambio, un alto consumo de carne roja y/o carne procesada, granos refinados, azúcares, productos con alto contenido en grasa y un bajo consumo de frutas y verduras se asocia a un mayor riesgo de depresión. (Li, et al., 2017)

Considerando todos los hallazgos encontrados en cuanto a la relación entre dieta y depresión, se decide recomendar la dieta mediterránea ya que se ha evidenciado que aporta los nutrientes necesarios para un óptimo funcionamiento del sistema nervioso y además presentan propiedades antiinflamatorias y antioxidantes importantes en la acción antidepresiva (Gómez-Juanes, et al., 2017).

Según la fundación dieta mediterránea, las características principales de esta dieta son:

- Utilizar el aceite de oliva como principal grasa de adición.
- Consumir alimentos de origen vegetal en abundancia (fruta, verduras, legumbres y frutos secos).
- El pan y los cereales deberían formar parte de la alimentación diaria.
- Los alimentos poco procesados, frescos y de temporada son los más adecuados.
- Consumir diariamente productos lácteos.
- La carne roja se tendría que consumir con moderación.
- Las carnes procesadas en cantidades pequeñas.
- Consumir pescado en abundancia y huevos con moderación
- Los dulces y pasteles deberían consumirse ocasionalmente.
- El agua tiene que ser la bebida principal. Se puede tomar vino con moderación y durante las comidas.

### 3.2 Actividad física

Según la OMS 2018, el sedentarismo es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial, un 6% de las muertes registradas en todo el mundo. Se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente entre un 21%-25% de los cánceres de mama y colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la cardiopatía isquémica.

Realizar un nivel adecuado de actividad física regular reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon y también de depresión. Además, mejora la salud ósea y funcional (OMS, 2018).

Las recomendaciones de actividad física para la salud que propone la OMS 2010:

#### **Jóvenes (5 a 17 años)**

La actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, o actividades en el contexto familiar, educativo o comunitario. Para mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, se recomienda:

- Tienen que invertir mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa.
- La actividad física que supere los 60 minutos diarios reportará un mayor beneficio para la salud.
- Convendría incorporar actividades vigorosas que refuercen los músculos y huesos (3 veces por semana).

#### **Adultos (18 a 64 años)**

La actividad física consiste en actividades de ocio, desplazamientos, actividades ocupacionales, tareas domésticas, deportes o ejercicios en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Para



mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y depresión, se recomienda:

- Dedicar 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa.
- La actividad aeróbica se practicará en sesiones de mínimo 10 minutos de duración.
- A fin de obtener mayores beneficios para la salud, pueden aumentar hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa.
- Realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares (2 veces por semana).

#### **Adultos mayores (de 65 años en adelante)**

La actividad física consiste en actividades de ocio, desplazamientos, tareas domésticas, deportes o ejercicios en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Para mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda:

- Dedicar 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos. La actividad se practicará en sesiones de mínimo 10 minutos.
- A fin de obtener mayores beneficios para la salud, pueden dedicar hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa.
- Los adultos con movilidad reducida tienen que realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio (3 veces por semana).
- Realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos (2 veces por semana).
- Los adultos que no puedan realizar la actividad física recomendada se mantendrán activos en la medida en que se lo permita su estado de salud.

Hay evidencias importantes que demuestran la asociación entre sedentarismo y depresión al igual que la utilidad de la actividad física como intervención en la sintomatología depresiva (Teychenne, Ball y Salmon, 2010). Instituciones clínicas tan prestigiosas como el NICE, el NIMH o la OMS recomiendan programas de ejercicio físico tanto para el tratamiento como para la prevención de la depresión. Además, se ha demostrado que una actividad moderada es suficiente siempre que se realice de manera regular durante la semana (García-Toro, Ibarra y Roca, 2013).

### **3.3 Higiene del sueño**

Las personas invertimos un tercio de nuestra vida en dormir. Se ha demostrado que dormir es una actividad necesaria ya que mientras dormimos se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para nuestro equilibrio físico y psíquico (De Castro-Manglano y Sarrais-Oteo, 2011).

Un paciente sufre insomnio cuando presenta una dificultad persistente, de más de un mes de duración, para iniciar o mantener el sueño o cuando el sueño no es reparador por ser superficial y con frecuentes y breves despertares. Normalmente se acompaña de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro del comportamiento social, laboral o de otras actividades importantes de la vida diaria. Los problemas e insomnio están presentes en cuatro de cada cinco personas con un trastorno depresivo mayor (Taylor, 2008).

El insomnio afecta aproximadamente al 90% de los pacientes con depresión, la queja común es un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad del sueño. La falta de sueño se asocia con un peor estado de salud general. También se identifica como factor de riesgo para desarrollar depresión, por tanto los programas de tratamiento del insomnio se podría considerar como una estrategia preventiva (Baglioni, et al., 2011).

La guía clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria del 2009, recomienda estas pautas sobre higiene de sueño:

1. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluidos fines de semana y vacaciones.
2. Permanecer en la cama el tiempo suficiente, adaptándolo a las necesidades reales de sueño. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y al contrario, permanecer durante mucho tiempo en la cama puede producir un sueño fragmentado y ligero.
3. Evitar la siesta. En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, de máximo 30 minutos.
4. Evitar las bebidas que contienen cafeína y teína. Tomadas por la tarde alteran el sueño.
5. El alcohol y el tabaco, perjudican el sueño y se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
6. Realizar ejercicio durante al menos una hora al día, siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.
7. Mantenga el dormitorio a una temperatura agradable y con unos niveles mínimos de luz y ruido.
8. Evitar acostarse hasta que hayan pasado dos horas después de la cena.
9. Evitar realizar en la cama actividades tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio...
10. Evitar realizar ejercicios intensos o utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno.

**Para pacientes mayores tener en cuenta además:**

1. Limitar el consumo de líquidos por la tarde, sobre todo si la frecuencia urinaria es un problema.
2. Pasar tiempo al aire libre y disfrutar de la luz solar.
3. Caminar y hacer ejercicio en la medida de sus posibilidades, pero no cerca de la hora de acostarse.
4. Tener en cuenta los efectos que ciertos medicamentos pueden tener sobre el sueño.

### 3.4 Exposición a la luz solar

En el último siglo las personas hemos reducido la exposición a la luz solar directa, por factores como los cambios a nivel laboral y a las campañas de prevención contra el cáncer de piel (Hidaka, 2012).

Sin embargo, necesitamos mantener una exposición juiciosa a la luz solar para que se sincronicen nuestros relojes biológicos y ritmos circadianos. Determinados síntomas de

la depresión mayor están estrechamente ligados al funcionamiento del sistema circadiano, como las alteraciones del ciclo sueño-vigilia (Soria y Urretavizcaya, 2009).

El tratamiento con luz brillante ha sido estudiado principalmente en pacientes depresivos que muestran un patrón estacional en sus recurrencias depresivas (otoño e invierno) o un viraje a hiponamía/manía en el caso de la depresión bipolar (primavera y verano). En este tipo de depresión se recomienda la terapia de exposición a la luz como tratamiento principal. No obstante, se han hecho revisiones que también respaldan el uso de la exposición a la luz en personas con depresión no estacional (Golden, et al., 2005)

Según explican Soria y Urretavizcaya la exposición terapéutica a la luz solar consiste en la exposición a 2.000-10.000 lux durante 30-120 min/día. La duración se establece en función de la respuesta terapéutica, habitualmente entre 2 y 4 semanas. Esta exposición simula la de un día soleado, por lo que podríamos recomendar a los pacientes con depresión en lugares con suficientes horas de sol que se expongan a la luz ambiental advirtiéndoles de los riesgos de la luz solar excesiva.

### **3.5 La red social de apoyo**

El aislamiento social ha demostrado ser también un importante factor de riesgo crucial para la salud física y mental. El apoyo social y la depresión tienen una relación bidireccional, estar deprimido favorece la pérdida de la red de apoyo mientras que el aislamiento y un apoyo social insuficiente se relaciona con mayores tasas de depresión (Hidaka, 2012).

De forma coherente, trabajar las habilidades sociales de la persona deprimida es útil para mejorar su red de apoyo social y así mejorar su sintomatología depresiva (Lindfors, Ojanen, Jääskeläinen y Knekt, 2014).

En base a todo lo anterior un objetivo de la intervención piloto será promover las relaciones sociales para aumentar la red social de apoyo y que la persona pueda disminuir su clínica depresiva.

### **3.6 Mindfulness. Estrategia para afrontar el estrés.**

La depresión se relaciona directamente con niveles de estrés elevados. En nuestra sociedad hay muchos nuevos estresores a los que tenemos que enfrentarnos cada día, gran parte de estos tienen que ver con el trabajo (Castellón et al., 2016). El trabajo gratificante actúa como factor de protección frente a la depresión. El desempleo en cambio, se asocia a mayor ratios de depresión. Este hecho explicaría el aumento de casos de depresión que aparecen en las crisis económicas (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013).

Los programas de atención plena o, mindfulness están teniendo cada vez más éxito como método para reducir el estrés en personas que buscan mejorar su bienestar a nivel emocional. Estos programas se han utilizado como intervención en personas con trastornos mentales ansiosos o depresivos, siendo su eficacia moderada. Por este motivo se han desarrollado programas que buscan incrementar su eficacia combinando con psicoterapia cognitiva (Khoury, Sharma, Rush y Fournier, 2015). También hay programas que combinan mindfulness con compasión, en nuestro proyecto piloto utilizaremos como guía el programa del equipo del profesor de García-Campayo de Terapia de compasión basada en el apego (Montero-Marín et.al., 2018).

El mindfulness no se centra en los síntomas o dificultades de la persona, sino en activar los recursos de cada individuo a nivel biológico, psicológico y social. Jon Kabat-Zinn introdujo el término de mindfulness como la práctica meditativa donde se ejercita la consciencia al prestar atención a la experiencia, sin juzgarla, sin evaluarla ni reaccionar a ella. Se trata de centrarnos en el momento presente (Kabat-Zinn, 2015).

Hay programas que integran mindfulness y cambios en el estilo de vida ya que estas intervenciones presentan una acción sinérgica. En esta línea García-Toro, Vicens, García-Campayo, y Gili, 2016, evaluaron la viabilidad de un programa integrado de mindfulness y estilo de vida mediterráneo en voluntarios sanos. Realizaron con buenos resultados un programa de 8 sesiones semanales dónde realizaban práctica de atención plena la mitad del tiempo y la otra mitad trabajaban aspectos propios de un programa de estilo de vida mediterráneo.

La intervención que se plantea en este trabajo no pretende en ningún caso substituir ningún tratamiento ni farmacológico ni terapéutico sino complementarlo. La intención es generar un cambio en el estilo de vida de las personas que presentan sintomatología depresiva para disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección de estas personas. Se pretende además que las personas participen en el programa adquieran hábitos de vida saludable en la medida en que sea posible, y que con ello no solo mejore su sintomatología depresiva actual sino que se prevengan posibles recaídas futuras.

# Metodología

---

## Hipótesis y objetivo

Los pacientes con Depresión Resistente que combinen su tratamiento habitual con el programa multimodal de estilo de vida mediterráneo mostraran una adecuada adherencia a dicho programa y mejoraran su clínica depresiva.

El objetivo principal es evaluar la viabilidad de la intervención sobre el estilo de vida como tratamiento coadyuvante de la Depresión Resistente en el ámbito del Hospital de Día Psiquiátrico.

## Participantes

El estudio lo han formado un total de 13 pacientes del Hospital Universitario de Son Espases que presentaban un episodio depresivo resistente. De esta muestra había 8 mujeres y 5 hombres. En el estudio ha habido una mortandad experimental de 2 personas, una de ellas abandonó el estudio mejorar su clínica depresiva y empezar a trabajar, la otra abandonó por empeoramiento de su estado depresivo y para empezar un ciclo de terapia electroconvulsiva.

La siguiente tabla muestra los criterios de inclusión y exclusión que se tuvieron en cuenta para poder participar en el programa multimodal de estilo de vida para pacientes con depresión.

<p><b>Los criterios de inclusión fueron:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ser mayores de 18 años.</li><li>- Presentar un episodio depresivo.</li><li>- La duración del episodio depresivo en curso debía ser de al menos 2 meses, con al menos, dos intentos fallidos de tratamiento antidepresivo en tiempo y dosis suficiente.</li><li>- Entender español hablado y escrito.</li></ul>
<p><b>Los criterios de exclusión fueron:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sufrir otra enfermedad que afecte al SNC</li><li>- Tener dependencia o abuso de sustancias o estar en tratamiento por conductas adictivas.</li><li>- Padecer una enfermedad médica, infecciosa o degenerativa no controlada que interfiera en la sintomatología afectiva.</li><li>- Presencia de ideas delirantes o alucinaciones.</li><li>- Riesgo importante de suicidio.</li><li>- Embarazo.</li><li>- Presencia de cualquier problema médico, psicológico o social que pueda interferir gravemente en la participación del paciente en el estudio.</li></ul>

## **Instrumentos**

### **Inventario de depresión de Beck BDI-II**

Es un cuestionario compuesto por 21 ítems con una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (De 0 hasta 3). Cada ítem hace referencia a diferentes síntomas presentes en la depresión, estos se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos. La puntuación final es la suma de cada ítem, se establecen cuatro grupos en función de la puntuación: de 0 a 13 depresión mínima, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada y de 29 a 63 depresión grave. En este proyecto se ha utilizado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva y observar si hay cambios pretratamiento (Sanz y Vázquez, 1998). (Anexo 1)

### **Cuestionario de adherencia a la dieta Mediterránea**

Es un cuestionario compuesto por 14 preguntas con dos alternativas de respuesta. Se evalúa la adherencia que tiene la persona a la dieta mediterránea. Cada pregunta tiene un valor de 0 o 1. En este estudio nos interesa el cuestionario para evaluar posibles cambios en cuanto a la dieta después del programa de intervención (Sánchez-Robles y Gea-Lázaro, 2012). (Anexo 2)

### **Cuestionario de Salud EuroQoL-5D EQ-5D**

Este instrumento mide la calidad de vida relacionada con la salud. Cada individuo valora su estado de salud, primero en una escala Likert con 3 niveles de gravedad por cada dimensión (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y luego en una escala visual analógica EVA de evaluación general. El EQ-5-D nos aporta información sobre la percepción que tienen los participantes sobre su estado de salud y nos permite evaluar si hay cambios (Herdman, Badia y Berra, 2001). (Anexo 3)

### **Cuestionario MOS de apoyo social**

Cuestionario que consta de 19 preguntas con una escala Likert con 5 opciones de respuesta. Es muy completo para la evaluación del apoyo social ya que te permite evaluar la puntuación a nivel global y también 4 dimensiones de este apoyo: apoyo

emocional, ayuda material, relaciones sociales y apoyo afectivo (Arredondo et.al., 2012). (Anexo 4)

### **Registro de actividad física**

Se ha registrado semanalmente la actividad física de cada paciente. Cada semana antes de empezar cada sesión del programa tenían que poner en un papel los días que habían hecho actividad física moderada y los minutos totales durante esa semana. (Anexo 5)

### **Evaluación final**

En la última sesión se pidió voluntariamente que todos los pacientes pudieran evaluar el programa. La evaluación constó de tres preguntas para saber la opinión de cada participante y tener un feedback de la intervención. (Anexo 6)

### **Procedimiento**

Primero se elaboró un proyecto piloto de intervención multimodal sobre estilo de vida como tratamiento coadyuvante en la depresión y se planteó a diferentes profesionales del Hospital Universitario de Son Espases HUSE para poderlo llevar a cabo a nivel experimental. Tras la aprobación de la participación del proyecto, estos profesionales hicieron una primera selección de 15 participantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión antes explicados. Primeramente intentamos que fueran exclusivamente pacientes con Depresión Mayor Resistente. Esta es la población que nos interesaba tras la financiación MINECO de un ensayo clínico dirigido a ella. Sin embargo, al tener una muestra muy pequeña y que los profesionales del HUSE nos pidieron poder incluir a más usuarios del Hospital de día con otros trastornos, decidimos ampliar los criterios de inclusión de este proyecto piloto. Así, durante dos semanas se realizaron entrevistas individuales con todos los participantes. Tras explicarles, en qué consistía el programa, 13 sujetos aceptaron participar y 2 declinaron por no poder organizar su agenda para hacerlo. En la primera entrevista los pacientes reclutados firmaron el consentimiento informado y se realizó la evaluación pretratamiento administrando los instrumentos ya explicados.



El programa empezó el día 12 de marzo de 2019, cada martes nos reuníamos de 10.00h a 13.00h en el HUSE durante 8 sesiones. El encargado de dirigir las sesiones fue Mauro García-Toro con el apoyo de Aida Molina y yo como alumnas del Trabajo de Fin de Máster, también participaron dos enfermeros del Hospital como observadores. En cada sesión se realizaban prácticas de mindfulness y compasión según el programa de García-Campayo y col. antes mencionado. También se trabajaba en cada sesión con un componente del programa de estilo de vida mediterráneo: la dieta mediterránea, la actividad física, la higiene del sueño, la exposición a la luz solar y la red social de apoyo. Antes de empezar cada sesión se realizaba el autorregistro de la actividad física y se hacía un resumen de lo que se había trabajado en la sesión anterior. En la última sesión se realizó la evaluación postratamiento.

Destacar que el paciente 11 durante el programa sufrió un viraje maniaco y por tanto cambio de diagnóstico, de Trastorno de Depresión Mayor a Trastorno Bipolar.

Una vez terminada la evaluación se corrigieron todos los instrumentos para proceder al análisis estadístico y finalmente obtener los resultados anteriores y posteriores a la intervención. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Jamovi. Se elaboró un análisis estadístico de un grupo único evaluando los resultados pretratamiento y postratamiento por lo que se utilizaron pruebas para muestras relacionadas.

El proyecto en el que se enmarca este estudio piloto ha sido aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital Son Espases y por la Comisión de Investigación y Ética de las Islas Baleares.

## Resultados

En la primera tabla se puede ver la descripción de los datos de los participantes del programa de intervención y su asistencia a las sesiones (tabla1).

Identificación Paciente	Sexo	Diagnóstico	ASISTENCIA A LAS SESIONES								
			1	2	3	4	5	6	7	8	
1	F	Trastorno Bipolar	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	F	Depresión Mayor	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	F	Trastorno Bipolar	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	F	Depresión Mayor	X	X		X		X	X	X	
5	F	Trastorno Bipolar	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	M	Trastorno Bipolar	X	X	X	X			X	X	
7	M	Depresión Mayor	X	X	X		X	X			
8	F	Depresión Mayor			X	X	X		X		
9	M	Esquizofrenia	X	X	X						X
10	M	Trastorno Esquizoafectivo	X	X	X						X
11	M	Depresión Mayor → Trastorno Bipolar	X	X		X			X	X	
12	F	Depresión Mayor	X	X	X	X					
13	F	Trastorno Bipolar	X	X	X	X		X			

Tabla 1

Como se puede ver en la tabla 1, la asistencia media de los participantes en las sesiones se sitúa en torno al 85%. No se aprecian diferencias, en cuanto a la asistencia, entre los pacientes con Depresión Mayor y los demás.

## Descriptives

	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>
Pre BDI-II	11	36.455	36	11.210	3.3801
Post BDI-II	11	29.182	30	11.574	3.4898
Pre Diet. Med.	11	6.455	6	2.207	0.6656
Post Diet. Med.	11	8.364	9	2.014	0.6071
Pre EQ-5-D_valor_pre	11	0.538	0.476	0.216	0.0650
Pre EQ-5-D_valor_post	11	0.533	0.583	0.290	0.0876
Pre EQ-5-D_eva_pre	11	0.302	0.350	0.170	0.0514
Pre EQ-5-D_eva_post	11	0.432	0.500	0.225	0.0678
IGAS_pre	11	60.818	57	22.921	6.9109
IGAS_post	11	65.727	65	19.355	5.8358
AE_pre	11	26.364	27	9.405	2.8357
AE_post	11	28.545	27	8.104	2.4434
AM_pre	11	14.727	16	5.746	1.7325
AM_post	11	14.455	17	5.165	1.5572
RS_pre	11	10.909	10	5.700	1.7186
RS_post	11	12.909	12	4.763	1.4362
AA_pre	11	8.818	8	4.285	1.2921
AA_post	11	9.818	9	3.430	1.0341

Tabla 2. Nota: Pre y Post diet. Med son los valores del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. Pre y Post EQ-5-D\_valor corresponde al valor del estado de salud del cuestionario y el Pre y Post EQ-5-D\_eva corresponde al valor de la escala visual analógica de este mismo cuestionario. El IGAS es el Índice Global de Apoyo Social. AE es el Apoyo Emocional. AM es la Ayuda Material. RS son las Relaciones Sociales de ocio y distracción. AA es el Apoyo Afectivo.

En la tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos de las variables obtenidas en los diferentes instrumentos del estudio.

Para analizar los datos obtenidos en este programa se llevó a cabo pruebas de diferencias de medias para muestras relacionadas, para poder comparar los resultados pretratamiento y postratamiento.

Para poder comprobar los supuestos se llevó a cabo una prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. En la tabla número 3 se puede observar que todas las pruebas cumplen la normalidad exceptuando la dieta mediterránea ( $p < 0,05$ ). Por tanto se utilizó la prueba t

de Student cómo prueba paramétrica menos en el caso de los datos obtenidos en el cuestionario sobre adherencia a la dieta mediterránea que se utilizó la W de Wilcoxon como prueba no paramétrica. En la tabla número 4 aparecen los resultados de la t-Student y la W-Wilcoxon que se utilizaron para hacer el análisis estadístico.

Test of Normality (Shapiro-Wilk)			
		W	p
Pre BDI-II	- Post BDI-II	0.906	0.221
Pre Diet. Med.	- Post Diet. Med.	0.820	0.017
Pre EQ-5-D_valor_pre	- Pre EQ-5-D_valor_post	0.975	0.934
Pre EQ-5-D_eva_pre	- Pre EQ-5-D_eva_post	0.915	0.280
IGAS_pre	- IGAS_post	0.884	0.115
AE_pre	- AE_post	0.926	0.370
AM_pre	- AM_post	0.863	0.063
RS_pre	- RS_post	0.878	0.098
AA_pre	- AA_post	0.892	0.149

Tabla 3. Nota: Pre y Post diet. Med son los valores del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. Pre y Post EQ-5-D\_valor corresponde al valor del estado de salud del cuestionario y el Pre y Post EQ-5-D\_eva corresponde al valor de la escala visual analógica de este mismo cuestionario. El IGAS es el Índice Global de Apoyo Social. AE es el Apoyo Emocional. AM es la Ayuda Material. RS son las Relaciones Sociales de ocio y distracción. AA es el Apoyo Afectivo.

		statistic	df	p	Mean difference	SE difference	95% Confidence Interval		Cohen's d
							Lower	Upper	
Pre BDI-II	Post BDI-II	Student's t	10.0	0.112	7.27273	4.1672	-2.012	16.5578	0.5262
		Wilcoxon W		0.075	5.50005	4.1672	-1.000	18.0001	0.5262
Pre Diet. Med.	Post Diet. Med.	Student's t	10.0	0.074	-1.90909	0.9578	-4.043	0.2250	-0.6010
		Wilcoxon W		0.106	-3.00000	0.9578	-6.000	6.42e-5	-0.6010
Pre EQ-5-D_valor_pre	Pre EQ-5-D_valor_post	Student's t	10.0	0.957	0.00466	0.0841	-0.183	0.1920	0.0167
		Wilcoxon W		0.919	0.00674	0.0841	-0.239	0.2572	0.0167
Pre EQ-5-D_eva_pre	Pre EQ-5-D_eva_post	Student's t	10.0	0.162	-0.12955	0.0859	-0.321	0.0618	-0.4549
		Wilcoxon W		0.083	-0.11250	0.0859	-0.400	0.0999	-0.4549
IGAS_pre	IGAS_post	Student's t	10.0	0.161	-4.90909	3.2458	-12.141	2.3231	-0.4560
		Wilcoxon W		0.239	-4.50003	3.2458	-15.500	1.4999	-0.4560
AE_pre	AE_post	Student's t	10.0	0.213	-2.18182	1.6394	-5.835	1.4710	-0.4013
		Wilcoxon W		0.258	-2.00000	1.6394	-7.500	3.0000	-0.4013
AM_pre	AM_post	Student's t	10.0	0.826	0.27273	1.2067	-2.416	2.9615	0.0681
		Wilcoxon W		0.904	2.60e-5	1.2067	-2.500	4.5001	0.0681
RS_pre	RS_post	Student's t	10.0	0.022	-2.00000	0.7385	-3.646	-0.3544	-0.8165
		Wilcoxon W		0.017	-2.00000	0.7385	-5.000	-0.5000	-0.8165
AA_pre	AA_post	Student's t	10.0	0.161	-1.00000	0.6606	-2.472	0.4719	-0.4564
		Wilcoxon W		0.137	-1.50006	0.6606	-3.000	1.5000	-0.4564

Tabla 4. Nota: Pre y Post diet. Med son los valores del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. Pre y Post EQ-5-D\_valor corresponde al valor del estado de salud del cuestionario y el Pre y Post EQ-5-D\_eva corresponde al valor de la escala visual analógica de este mismo cuestionario. El IGAS es el Índice Global de Apoyo Social. AE es el Apoyo Emocional. AM es la Ayuda Material. RS son las Relaciones Sociales de ocio y distracción. AA es el Apoyo Afectivo.

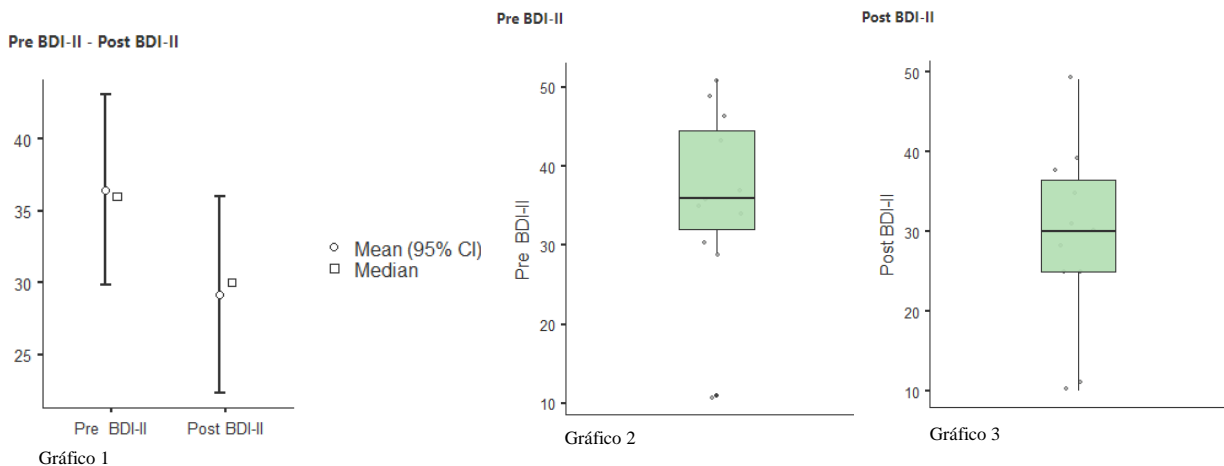
### Resultados Inventario de depresión de Beck BDI-II

La tabla 5 muestra las puntuaciones que han obtenido los participantes en el BDI-II. Los resultados corroboran el supuesto de normalidad ( $p=0,221$ ) (tabla3). En cuanto a las diferencias entre las puntuaciones en el BDI-II, los resultados indican que no hay diferencias estadísticamente significativa ( $t(10)=1,75$ ,  $p=0,112$  y  $d=0,53$ ). El tamaño del efecto, a pesar de no ser significativo, sugiere que pueda existir un efecto que por tener una muestra tan reducida no se vea detectado por las pruebas.

Identificación Paciente	BDI-II	
	Puntuación Directa: Pre test	Puntuación Directa: Post test
1	35	38
2	49	35
3	43	39
4	46	28
5	30	31
6	36	49
7	34	30
8	37	25
9	11	10
10	29	25
11	51	11
12	25	-
13	32	-

Tabla 5

En el gráfico 1 se muestra la comparación entre las puntuaciones del BDI-II y sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Los gráficos 3 y 4 se muestran los valores descriptivos de las puntuaciones obtenidas en el BDI-II.



## Resultados Cuestionario de Adherencia a la dieta Mediterránea

Los resultados del cuestionario de Adherencia a la dieta Mediterránea violan el supuesto de normalidad ( $p=0,017$ ) por tanto se procede a utilizar la prueba no paramétrica W-Wilcoxon. Como se puede observar en la tabla 4 se rechaza la hipótesis nula, no hay diferencias estadísticamente significativas ( $W=4$ ,  $p=0,106$  y  $d=-0,60$ ).

Identificación Paciente	Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea	
	Puntuación Directa: Pre test	Puntuación Directa: Post test
1	8	7
2	2	10
3	6	10
4	9	9
5	7	7
6	6	7
7	6	6
8	6	5
9	7	10
10	10	10
11	4	11
12	5	-
13	5	-

Tabla 6

Podemos observar la comparación de los resultados pretratamiento y postratamiento de la adherencia a la dieta mediterránea en el Gráfico 4. En el gráfico 5 se describen las puntuaciones pretratamiento y en el gráfico 6 las postratamiento.

Pre Diet. Med. - Post Diet. Med.

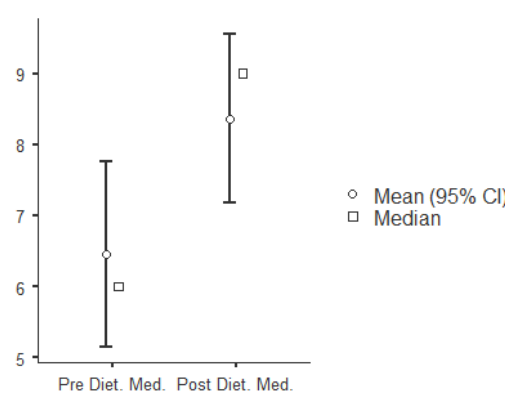


Gráfico 4

Pre Diet. Med.

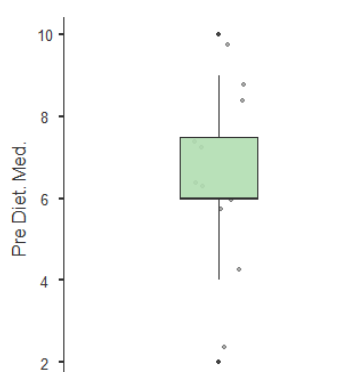


Gráfico 5

Post Diet. Med.

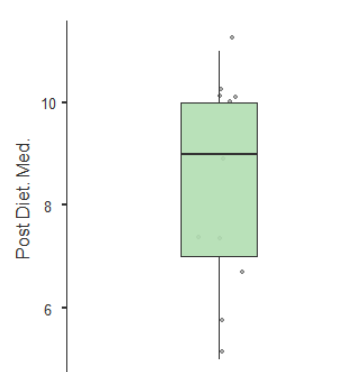


Gráfico 6

### Resultados Cuestionario de Salud EuroQoL-5D EQ-5-D

El estado de salud que se ve en la tabla 7 corresponde a la combinación de los valores de todas las dimensiones que se evalúan en el cuestionario generando un número de 5 dígitos, habiendo 243 combinaciones de estado de salud posibles. De este código del estado de salud se ha calculado el valor del estado de salud. Los resultados obtenidos del valor del estado de salud ( $t(10)= 0,055$ ,  $p=0,957$  y  $d=0,016$ ) indican que no hay diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al valor de la Escala Visual Analógica EVA los resultados tampoco son estadísticamente significativos ( $t(10)= -1,509$ ,  $p=0,162$  y  $d= 0,455$ ). Se observa un mayor cambio en las puntuaciones de la EVA comparado con el valor del estado de salud.

Identificación Paciente	Puntuación EQ-5-D Pre test			Puntuación EQ-5-D Post test		
	Estado salud	Valor	EVA	Estado salud	Valor	EVA
1	11122	0,739	0,4	11223	0,4208	0,5
2	12213	0,3792	0,3	11222	0,6839	0,5
3	12223	0,3196	0,2	12133	0,3151	0,2
4	11123	0,4759	0,1	12323	0,2645	0,2
5	12212	0,6423	0,35	12222	0,5827	0,45
6	12113	0,4343	0,4	33333	-0,0757	0
7	21223	0,3311	0,2	11122	0,739	0,7
8	12213	0,3792	0,4	22212	0,5526	0,35
9	11111	1	0,625	11111	1	0,65
10	11122	0,739	0,35	12212	0,6423	0,5
11	11123	0,4759	0	11122	0,739	0,7
12	11112	0,7986	0,5	-	-	-
13	11113	0,5355	0,5	-	-	-

Tabla 7. Nota: El estado de salud es la combinación de las puntuaciones de las diferentes dimensiones, el valor es el valor del estado de salud que se ha calculado y el EVA corresponde al valor de la escala visual analógica de este cuestionario.



Los gráficos 7 y 10 son una comparación de la media con el Índice de Confianza del 95% para los grupos pretratamiento y postratamiento, el 7 compara las puntuaciones obtenidas del valor del estado de salud y el 10 la puntuación de la Escala Analógica Visual, EVA. Los gráficos 8 y 9 son descriptivos donde se puede comparar los resultados obtenidos del valor del estado de salud antes del tratamiento y después.

Pre EQ-5-D\_valor\_pre - Pre EQ-5-D\_valor\_post

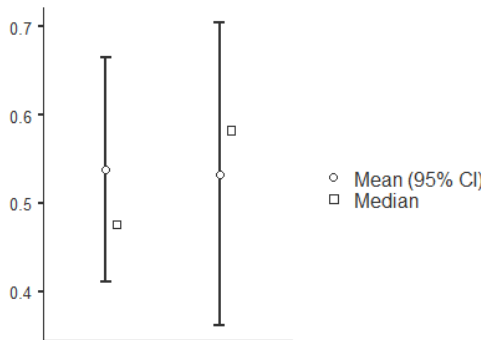


Gráfico 7

Pre EQ-5-D\_valor\_pre

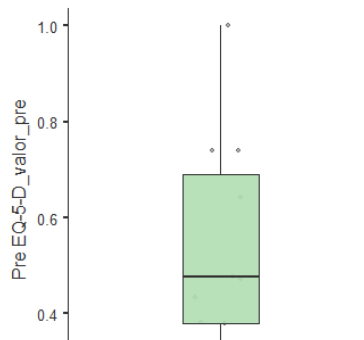


Gráfico 8

Pre EQ-5-D\_valor\_post

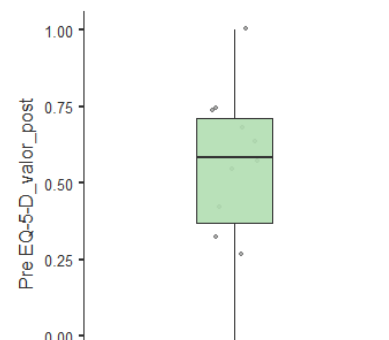


Gráfico 9

Los gráficos 11 y 12 también describen los resultados pero de las puntuaciones obtenidas en la Escala Visual Analógica EVA.

Pre EQ-5-D\_eva\_pre - Pre EQ-5-D\_eva\_post

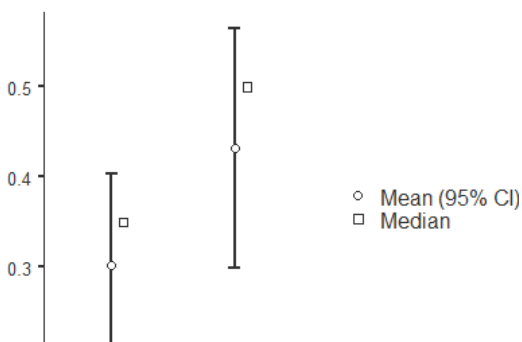


Gráfico 10

Pre EQ-5-D\_eva\_pre

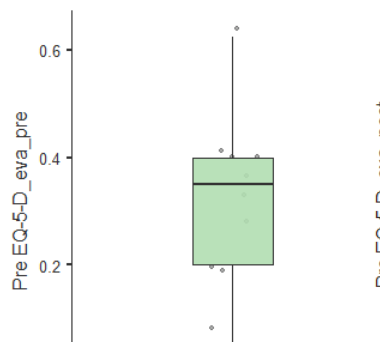


Gráfico 11

Pre EQ-5-D\_eva\_post

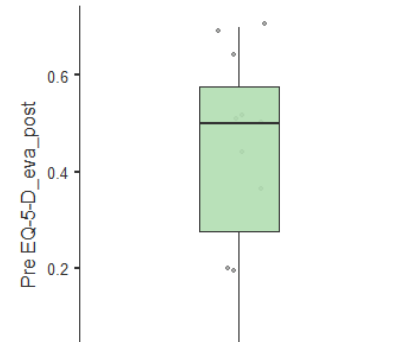


Gráfico 12

## Resultados Cuestionario MOS de apoyo social

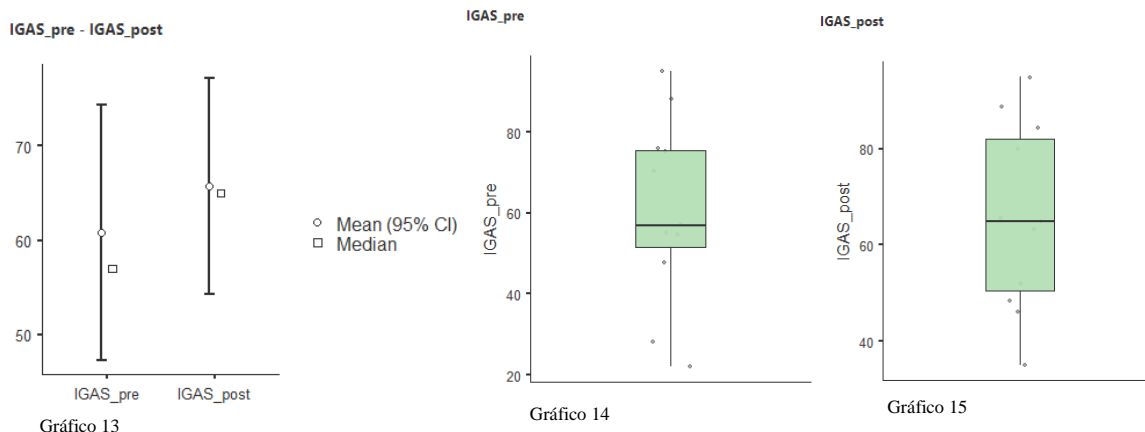
Para la obtención de los resultados del cuestionario MOS de apoyo social se ha utilizado la prueba paramétrica t-Student ya que cumplía con los criterios de normalidad.

El Índice Global de Apoyo Social IGAS, es la suma de todas las puntuaciones del cuestionario dando un resultado integral del instrumento. Los resultados no son estadísticamente significativos ( $t(10) = -1,512$ ,  $p = 0,161$  y  $d = -0,45$ ) a pesar de esto sugieren que puede existir un efecto que por el tamaño de la muestra no es detectado.

Identificación Paciente	Cuestionario MOS apoyo social Pre test					Cuestionario MOS apoyo social Post test				
	IGAS	AE	AM	RS	AA	IGAS	AE	AM	RS	AA
1	57	30	12	10	5	65	26	18	12	9
2	70	27	16	14	13	80	34	15	16	15
3	48	22	16	4	6	49	22	14	6	7
4	75	31	18	12	14	65	27	17	11	10
5	28	12	4	9	3	35	15	5	10	5
6	95	40	20	20	15	95	40	20	20	15
7	55	25	16	6	8	63	31	17	7	8
8	76	33	20	14	9	84	37	20	17	10
9	55	23	18	7	7	46	20	8	11	7
10	88	37	18	20	13	89	38	17	20	14
11	22	10	4	4	4	52	24	8	12	8
12	67	20	17	15	15	-	-	-	-	-
13	79	34	20	10	15	-	-	-	-	-

Tabla 8. Nota: IGAS es el Índice Global de Apoyo Social. AE es el Apoyo Emocional. AM es la Ayuda Material. RS son las Relaciones Sociales de ocio y distracción. AA es el Apoyo Afectivo.

Si analizamos los resultados obtenidos de la tabla 4 para cada uno de los apartados se observa que el de Relaciones Sociales de ocio y distracción RS ( $t(10) = -2,708$ ,  $p = 0,22$  y  $d = -0,816$ ) confirma Hipótesis nula y por tanto hay diferencias estadísticamente significativas. Los resultados del apartado de Apoyo Afectivo AA ( $t(10) = -1,514$ ,  $p = 0,161$  y  $d = -0,456$ ) indican que no hay diferencias estadísticamente significativas pero dado que el valor de p es cercano a 0,05 y el valor de d a 0,5 sugiere que el no cumplimiento se debe al tamaño de la muestra. En cuanto a los resultados del Apoyo Emocional AE ( $t(10) = -1,331$ ,  $p = 0,213$  y  $d = -0,401$ ) y Ayuda Material AM ( $t(10) = 0,226$ ,  $p = 0,826$  y  $d = 0,068$ ) no hay diferencias estadísticamente significativas.



El gráfico 13 corresponde a la comparación de la media del grupo antes del tratamiento y después. Los gráficos 14 y 15 son los descriptivos de los resultados. De este cuestionario solo se ha considerado realizar los gráficos del Índice Global de Apoyo Social ya que es la puntuación general del cuestionario.

### Resultados autorregistro de actividad física

La tabla 9 es un resumen del autorregistro de actividad física que se administraba semanalmente a los participantes, los apartados donde aparece el símbolo (-) es porque no hay registro de ese día.

Identificación Paciente	Minutos de actividad física moderada (ir a caminar) a la semana						
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7
1	230	280	210	420	160	207	210
2	180	420	120	200	420	210	210
3	120	100	136	127	140	70	110
4	15	150	-	200	-	200	420
5	210	140	140	140	140	140	140
6	180	150	180	150	-	-	90
7	0	20	15	-	60	40	-
8	0	-	40	40	90	-	90
9	80	240	80	-	-	-	-
10	90	30	120	-	-	-	-
11	0	0	-	150	-	-	140
12	30	90	0	30	-	-	-
13	30	140	70	60	-	120	-

Tabla 9

### **Resultados de la encuesta de evaluación final anónima del programa**

La evaluación de todos los pacientes es muy positiva. Valoran el programa como una experiencia “muy buena”, “agradable”, “de mucha utilidad”, “interesante” y “fructífero”.

Como aspectos a mejorar indican la falta de compromiso y asistencia de los participantes, hacer la parte didáctica más amena, proponer un horario de tarde y facilitar toda la información por escrito.

En cuanto a los aspectos que creen que se tendrían que mantener la mayoría de los asistentes hablan de todo el contenido en general y algunos aluden a las prácticas de mindfulness en concreto.

## Discusión

---

La investigación que hemos seguido como referente es un programa multimodal sobre la integración del mindfulness y en el estilo de vida mediterráneo (García-Toro, Vicens, García-Campayo y Gili, 2016). Este estudio demostró la viabilidad del programa en pacientes sanos. La novedad del presente programa radica en la muestra en la que lo aplicamos ahora, pacientes con Depresión Resistente.

El resultado más relevante es que pudimos desarrollar el programa en el ámbito del Hospital de Día Psiquiátrico de Son Espases con buena aceptación por parte de pacientes: 85% de asistencia a las sesiones, menos del 20% de abandonos y ningún efecto secundario o problema de seguridad relevante. El viraje maniaco que se produjo no lo consideramos causado por la intervención. Además, comprobamos que tanto las instalaciones como la actitud y colaboración del personal fueron óptimas para desarrollar el programa sin que tuviéramos que suspender o modificar la agenda de ninguna sesión. Por todo ello se confirma una adecuada viabilidad de la aplicación de este programa, especialmente en los pacientes con Trastorno por Depresión Mayor como más adelante veremos.

Aunque nuestra finalidad no era mostrar la eficacia del tratamiento, es interesante constatar que se observan tendencias hacía la mejoría en la mayoría de las escalas. Por ejemplo, en la BDI-II, se ve que el tamaño del efecto, a pesar de ser estadísticamente no significativo, sugiere que pueda existir un cambio demostrable con una muestra mayor.

Efectivamente, la principal limitación del presente estudio, lógica en un estudio piloto, es el tamaño de la muestra. El hecho de trabajar con una muestra tan pequeña hace que los resultados difícilmente sean estadísticamente significativos y que no podamos hacer una comparación entre los pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor Resistente con pacientes con un episodio depresivo en el contexto de un Trastorno Bipolar o del Espectro esquizofrénico. Sin embargo, pudimos constatar algunas impresiones cualitativas muy valiosas que nos van a servir para diseñar mejor los detalles de la intervención del estudio MINECO financiado al que ya hemos aludido. Estas impresiones son:

- Los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor se beneficiaron del programa mucho más que el resto de pacientes Bipolares y del espectro Esquizofrénico. Es más, si excluimos del cómputo de resultados al paciente que disminuyó 40 puntos en la escala BDI tras virar de Depresión a Manía, vemos que la disminución media de los pacientes con Depresión Mayor es de más de 10 puntos mientras que el resto apenas cambia.
- La participación durante las sesiones de los pacientes con Depresión Mayor sugería menores problemas cognitivos. Estos pacientes presentaban una menor gravedad en términos de psicopatología depresiva, además de estar libres de síntomas psicóticos. De hecho, varios de los pacientes destacaban por su sintomatología negativa. Esto hizo que adaptáramos la intervención siendo muy poco exigentes e intrusivos tal como la bibliografía recomienda en las intervenciones psicosociales en estos pacientes (Jacobsen, Richardson, Harding y Chadwick, 2019).
- Trabajar con pacientes bipolares presenta la dificultad de que algunos de ellos puedan tener sintomatología mixta, como nos ocurrió en un caso, y mantengan una actitud desinhibida de participación excesiva en el grupo y limitan el tiempo para las de los demás.

## Conclusiones

---

1. Los pacientes con Depresión Resistente han podido participar en este programa multimodal de estilo de vida saludable que incluye prácticas de mindfulness y compasión sin efectos secundarios o problemas de seguridad importantes que hayamos podido detectar.
2. Nuestra impresión es que los pacientes con trastorno por Depresión Mayor eran los que más se beneficiaban del programa lo cual nos anima a continuar con la línea de investigación recientemente financiada por el MINECO que va dirigida precisamente a esta población.
3. El porcentaje de asistencia a las sesiones y de mortandad experimental ha sido bastante aceptable.
4. La evaluación subjetiva del programa por parte de los participantes ha sido muy positiva.
5. Las instalaciones y personal sanitario del Hospital de Día Psiquiátrico de Son Espases son muy adecuadas para seguir probando la utilidad de este programa.
6. Los resultados estadísticos más destacables con los pocos casos de que disponemos son la disminución de la sintomatología depresiva y el aumento de la calidad del apoyo social percibido.
7. En base a todo lo anterior podemos confirmar que el programa multimodal evaluado en este estudio piloto es viable en el Hospital de Día Psiquiátrico del Hospital Son Espases y por tanto puede ser probada su eficacia en una muestra más amplia y de forma controlada frente a un grupo control activo (tal como está previsto en el proyecto MINECO mencionado).

## Referencias Bibliográficas

---

Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Martín, V., Molina, A.J., Alonso, J. (2018). Prevalence of major depressive disorder and association with personal and socio-economic factors. Results for Spain of the European Health Interview Survey 2014–2015. *Journal of Affective Disorders*, 239, 203-207. doi: 10.1016/j.jad.2018.06.051

Arredondo, N. H. L., Rogers, H. L., Tang, J. F. C., Posada Gómez, S. L., Arizal, N. L. O., Pérez, M. A. J.,... Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validation of the colombian MOS social support survey. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150

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. doi:10.1016/j.jad.2011.01.011

Bourre, J. M. (2006). Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: Update on dietary requirements for brain. part 2: Macronutrients. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 10(5), 386-399

Castellón Leal, E., Ibern Regàs, P., Gili Planas, M., Lahera Forteza, G., Sanz González, J., & Saiz Ruiz, J. (2016). Management of depression in the work setting: Key recommendations. *Psiquiatria Biologica*, 23(3), 112-117. doi:10.1016/j.psiq.2016.08.003

De Castro-Manglano, P., & Sarraís Oteo, F. (2011). Diagnostic and therapeutic protocol of insomnia. *Medicine*, 10(85), 5772-5776. doi:10.1016/S0304-5412(11)70173-1

Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 120(1-3):76-85.



García-Toro, M., Vicens, C., García-Campayo, J., & Gili, M. (2016). Feasibility of an integrated mindfulness and mediterranean lifestyle program. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 44(1), 46

García Toro, M., Ibarra, O., & Roca, M. (2013). Healthy life habits have an antidepressant effect. *Salud y Ciencia*, 20(2), 161-166

Gómez-Juanes, R., Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J., & García-Toro, M. (2017). Healthy lifestyle: An undervalued protection factor against depression. *Psiquiatria Biologica*, 24(3), 97-105. doi:10.1016/j.psiq.2017.10.004

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. doi:10.1093/eurpub/cks035

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. doi:10.1176/appi.ajp.162.4.656

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria (2009). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-1.

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.

Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205-214. doi:10.1016/j.jad.2011.12.03

Ibarra, O., Gili, M., Roca, M., Vives, M., Serrano, M. J., Pareja, A., . . . Garcia-Toro, M. (2015). The mediterranean diet and micronutrient levels in depressive patients. *Nutricion Hospitalaria*, 31(3), 1171-1175. doi:10.3305/nh.2015.31.3.8124

Jacobsen, P., Richardson, M., Harding, E., & Chadwick, P. (2019). Mindfulness for psychosis groups; within-session effects on stress and symptom-related distress in routine community care. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(4), 421-430. doi:10.1017/S1352465818000723

Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483. doi:10.1007/s12671-015-0456-x

Kendall, T., Morriss, R., Mayo-Wilson, E., Marcus, E., Mavranouzouli, I., Braidwood, R.,... Wilson, F. (2014). Assessment and management of bipolar disorder: Summary of updated NICE guidance. *BMJ (Online)*, 349 doi:10.1136/bmj.g5673

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.03.009

Li, Y., Lv, M. -, Wei, Y. -, Sun, L., Zhang, J. -, Zhang, H. -, & Li, B. (2017). Dietary patterns and depression risk: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 253, 373-382. doi:10.1016/j.psychres.2017.04.020

Lindfors, O., Ojanen, S., Jääskeläinen, T., & Knekt, P. (2014). Social support as a predictor of the outcome of depressive and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy. *Psychiatry Research*, 216(1), 44-51. doi:10.1016/j.psychres.2013.12.050

Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, *67*(3), 220-229. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.2

Martín Zurro, A. (2008). Papers of the I conference on prevention and health promotion in clinical practice in Spain. *Atención Primaria*, *40*(9), 437. doi:10.1157/13126416

Matta, J., Czernichow, S., Kesse-Guyot, E., Hoertel, N., Limosin, F., Goldberg, M.,... Lemogne, C. (2018). Depressive symptoms and vegetarian diets: Results from the constances cohort. *Nutrients*, *10*(11) doi:10.3390/nu10111695

Montero-Marín, J., Navarro-Gil, M., Puebla-Guedea, M., Luciano, J. V., Van Gordon, W., Shonin, E., & García-Campayo, J. (2018). Efficacy of "attachment-based compassion therapy" in the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, *8*(JAN) doi:10.3389/fpsy.2017.00307

Mora Ripoll, R. (2012). Lifestyle medicine: The importance of considering all the causes of disease. [Medicina del estilo de vida: La importancia de considerar todas las causas de la enfermedad] *Revista De Psiquiatria y Salud Mental*, *5*(1), 48-52. doi:10.1016/j.rpsm.2011.04.002

National Institute of Mental Health, NIMH (2015). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. Retrived from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/index.shtml>

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. doi:10.1016/j.jad.2009.03.014

Sánchez-Robles, R., & Gea-Lázaro, M. L. (2012). Protocolo de intervenciones en Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria. *Enfermería Clínica*, *22*(5), 269-274. doi:10.1016/j.enfcli.2012.06.003

Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.

Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2), 87-98.

Soria, V. y Urretavizcaya, M. (2009). Ritmos circadianos y depresión. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 37: 222-32.

Taylor, D. J. (2008). Insomnia and depression. *Sleep*, 31(4), 447-448. doi:10.1093/sleep/31.4.447

Teychenne, M., Ball, K., & Salmon, J. (2010). Sedentary behavior and depression among adults: A review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(4), 246-254. doi:10.1007/s12529-010-9075-z

Trebatická, J., & uřačková, Z. (2015). Can omega-3 fatty acids affect mental health? *Ceska a Slovenska Psychiatrie*, 111(5), 215-221.

Toobert, D. J., Strycker, L. A., Glasgow, R. E., Barrera Jr., 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. doi:10.1207/s15324796abm2902\_7

World Health Organization, OMS. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Retrieved from: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/)

World Health Organization, OMS. (2018). *Depresión*. Retrieved from <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization, OMS. (2018). *Actividad física*. Retrieved from <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

# Anexos

---

## Anexo 1

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
Ocupación ..... Educación:.....Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12 Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a. Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3<sup>a</sup>. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

## CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA.

**Fecha:**

**Nombre del participante:**

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

Si  No

2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?

Dos o más cucharadas  Menos de dos cucharadas

3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)?

Dos o más a día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas)   
Menos de dos raciones

4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?

Tres o más al día  Menos de tres

5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr)?

Menos de una al día  Más de una ración

6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (una porción individual equivale a 12 gr)?

Menos de una al día  Más de una ración

7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?

Menos de una al día  Más de una

8. ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?

Tres o más vasos por semana punto   
Menos de tres a la semana

9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?

Tres o más por semana   
Menos de tres a la semana



**10.** ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?

Tres o más por semana

Menos de tres a la semana

**11.** ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?

Más de tres por semana

Menos de tres a la semana

**12.** ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?

Una o más por semana

Menos de una a la semana

**13.** ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100-150 gr)?

Si  No

**14.** ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?

Dos o más por semana

Menos de dos a la semana

Anexo 3

Marque con una cruz como esta  la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día 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 solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

**Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)**

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

**Dolor/Malestar**

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

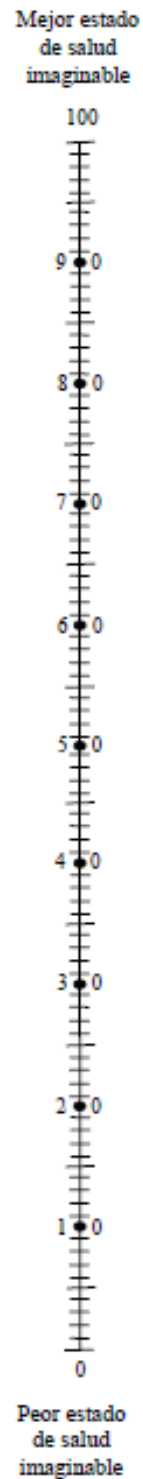
**Ansiedad/Depresión**

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

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.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala 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**



**Cuestionario MOS de apoyo social**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda

¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

**Resultado:** (suma de los valores correspondiente)

**Índice global de apoyo social:** Todas las respuestas.

**Apoyo emocional:** Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

**Ayuda material:** Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.

**Relaciones sociales de ocio y distracción:** Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.

**Apoyo afectivo:** Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

**Interpretación:**

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

Adaptado de: Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And). 2005; 10(6): 10-18.

**Anexo 5**

**Nombre:**

**Día:**

**¿Cuántos días has salido a caminar esta última semana?**

**¿Cuántos minutos has caminado cada día?**

**Número de minutos caminados a la semana:**

**Valoración del programa**

**Comente con algunas palabras o frases como ha sido su experiencia en el curso de 8 semanas que acaba de terminar.**

**Qué aspectos del curso cree que se podrían mejorar para futuras ediciones.**

**Qué aspectos cree que merece más la pena mantener.**

**Gracias por sus opiniones.**