



Títol: Adaptació i aplicació del Curs d'Afrontament de la Depressió de Lewinsohn per a dones víctimes de violència masclista.

NOM AUTORA: Catalina Calafat Villalonga

Memòria del Treball de Fi de Màster
Màster Universitari de Polítiques d'Igualtat i Prevenció de la Violència de Gènere
de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2018 - 2019

Data: 03 de juny del 2019

Nom Tutora del Treball: Maria Jesús Serrano Ripoll

RESUM

Objectius

L'objectiu principal és avaluar la factibilitat del Curs d'Afrontament de la Depressió (CAD) de Lewinsohn en dones amb depressió víctimes de violència de gènere. Com a objectius específics: reduir el grau de depressió després de la intervenció i adaptar el protocol de la CAD a aquest perfil de pacients.

Metodologia

Assaig clínic, pragmàtic, adreçat a una mostra de 30 dones amb depressió lleu-moderada i que han patit violència de gènere.

Intervenció

Un cop detectades les participants a través dels metges i les metgesses d'atenció primària i els organismes d'intervenció en violència de gènere de les Illes Balears, es pretén avaluar l'eficàcia de l'adaptació del Curs d'Afrontament de la Depressió. Aquesta teràpia grupal de Lewinsohn inclou (en 11 sessions més dues sessions de seguiment): activació conductual, relaxació, entrenament en habilitats socials, resolució de problemes i reestructuració cognitiva. Aquesta adaptació pot aportar un valor afegit que tindrà en compte la violència de gènere en el transcurs del tractament de la simptomatologia depressiva. S'adaptarà el material per tal d'adequar-ho més al perfil de les participants.

ÍNDEX

1. Introducció	3
2. Metodologia de treball. Descripció de l'actuació	7
3. Intervenció (Protocol d'implementació de la pràctica assistencial)	15
4. Discussió	32
5. Conclusions i recomanacions	33
6. Limitacions i fortaleces	33
7. Annexos	35
8. Bibliografia	49

1. INTRODUCCIÓ

La violència masclista és una de les manifestacions (o la manifestació principal més greu) que posa en evidència les desigualtats que hi ha entre les dones i els homes en l'actualitat i arreu del món (Guía Práctica Clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja, 2004).

Segons el glossari d'igualtat de la Comissió Europea, la violència de gènere és *tota mena de violència exercida mitjançant el recurs o les amenaces de recórrer a la força física o al xantatge emocional: incloent la violació, el maltractament de dones, l'assetjament sexual, l'incest i la pederàstia*. (Claramunt et al. 2013)

A l'actualitat, la violència de gènere és un problema real i persistent. Des del 2013 fins a dia d'avui, podem parlar de quasi mil dones assassinades a mans de les seves parelles. Veient aquestes xifres, és inimaginable la quantitat de dones que pateixen les conseqüències del maltractament i és palesa la falta de recursos reals que tenen al seu abast. Segons les xifres actuals de l'Institut de la Dona i per la Igualtat d'Oportunitats, a Balears un 10,8% de les dones pateixen maltractament. (Instituto de la Mujer, 2019).

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1996), la violència de gènere és un factor determinant en el deteriorament de la salut de les dones que la pateixen (tant física com psíquica): el maltractament cap a la dona ve donat per un conjunt de factors que es consideren elements etiopatogènics de la simptomatologia depressiva. El maltractament per part dels homes és un potencial estressor i va lligat a altres sentiments negatius, com la culpabilitat, la responsabilitat o fins i tot, la indefensió (Villarejo, 2005).

La salut mental de les víctimes de violència de gènere és pitjor que en els casos de dones no maltractades, amb major presència de depressió i altres trastorns afectius (Prieto, 2014). A més, hem de recordar que la violència de gènere no és una violència qualsevol (basada en l'agressió indiscriminada) sinó que aquesta violència presenta una sèrie de característiques diferencials que la distingeixen de la resta: sol iniciar-se per causes injustificades i es manté

per demostrar qui té el poder i l'autoritat dintre de la relació. Inicialment, la voluntat que la mou no és fer mal, és dominar. La finalitat que té és adoctrinar mitjançant la por i materialitzant les amenaces (Lorente, 2003).

La tendència a autoinculpar-se del maltractament, és a dir, atribuir-se la responsabilitat del que està passant i les seves conseqüències, juntament amb la disminució de l'autoestima, són dos fets molt comuns en la majoria de les dones maltractades. Aquests dos fets, encara que tot d'una no signifiquin el manifest de simptomatologia depressiva, sí que poden suposar una possible vulnerabilitat a patir un trastorn depressiu. L'autoestima i l'autoinculpació són dos factors que podrien estar relacionats amb la possibilitat de patir un episodi depressiu. (Kim, Jang i Park, 2019)

Aquestes dues, no són les úniques variables relacionades amb el maltractament: a la majoria de dones, també s'observa una disminució de la seva activitat social i laboral, tenint una disminució de la taxa de reforçaments positius i de suport social. Per tant, podem dir que els factors lligats amb la depressió són ser dones, haver experimentat violència, haver patit estrès o ansietat, tenir poc o cap suport social, la sobrecàrrega de tasques i no disposar de titulació secundària o superior. (Monteso et al. 2016)

D'altra banda, les persones que tenen depressió poden presentar taxes elevades de comorbiditat amb altres trastorns i situacions problemàtiques: malalties físiques, abús de substàncies, malalties mentals o conducta suïcida. Aquestes relacions són complexes i no és senzill establir una correlació directa entre un factor i l'altre. (Balaizs, Benazzi, Rihmer i Akiskal, 2006)

A sobre de la comorbiditat, la depressió implica molts de cops un impacte directe a la productivitat de la persona i altera les seves habilitats funcionals i del seu dia a dia.

A nivell Europeu (World Health Organization, 2017) es parla de què és el trastorn mental més costós de la Comunitat Europea, representant una tercera part de les despeses destinades a Salut Mental (Guia de Pràctica Clínica, 2010).

Pel que fa a Espanya, la prevalença de la depressió és inferior en relació a altres països europeus: la probabilitat de patir un episodi depressiu al llarg de tota la vida és d'un 10,6%, mentre que a Europa la taxa és d'un 12% (Depression and Other Common Mental Disorders, 2017). També s'ha observat una edat d'inici més primerenca en comparació a altres llocs i taxes més altes de mortalitat (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, 2000).

Les conseqüències de la violència per a la salut mental i psicològica d'aquestes dones que pateixen depressió, abasten un ventall molt ampli de possibilitats: la reacció principal és la por i, en conseqüència, les síndromes de classificació diagnòstiques més freqüents són el trastorn d'estrés posttraumàtic (TEPT) i els trastorns d'adaptació, juntament amb els trastorns d'ansietat, fòbies, somatitzacions i els problemes d'imatge corporal, essent molt comú la simptomatologia depressiva (González i López, 2013).

Tractament de la depressió

Els tractaments que primer es van incorporar van ser els farmacològics i avui en dia són els més utilitzats (Buchanan, 2012). Pel que fa als tractaments psicològics, podem parlar de tres tractaments que compten amb suficient validesa empírica per afirmar que estan ben establerts: la teràpia de conducta (Pérez, 2007), la teràpia cognitiva (Cuijpers, Noma, Karyotaki, Cipriani i Furukawa, 2019) i la teràpia interpersonal de Klerman (Law, 2011). Referent a la teràpia de conducta, aquesta inclou: programa d'activitats agradables, entrenament en habilitats socials, el Curs d'Afrontament de la Depressió (CAD) de Lewinsohn, teràpia d'autocontrol, teràpia de solució de problemes i teràpia conductual de parella. Totes aquestes teràpies han mostrat com a mínim una eficàcia similar a la dels fàrmacs que millor funcionen pel tractament de la depressió. A més de tot això, a la literatura actual es conclou que el tractament d'elecció en la depressió unipolar ha de ser la teràpia psicològica (Pérez, 2007).

Curs d'Afrontament de la Depressió

En realitat, la CAD no és estrictament conductual sinó que emprà tècniques tant cognitives com de modificació de conducta. Lewinsohn (1976), a mitjans dels anys setanta, relaciona la depressió amb una sèrie de fets més estrictament conductuals: assenyala que aquesta s'origina

en base a una disminució de la taxa de reforçament positiu. El punt de referència bàsic se situarà, llavors, en la importància que tenen i la funcionalitat dels reforçadors (Lewinsohn et al. 1976).

Aquesta teoria implica diversos factors. En primer lloc l'ambient en el qual hi ha d'haver el reforçador disponible. També implica la resposta de la persona, ja que si la persona no duu a terme cap activitat ni posa en marxa les seves habilitats comunicatives, difícilment hi haurà una reacció per part del context. I finalment, la interpretació que es fa: si hi ha reforçadors disponibles, la persona emet una resposta, però si la valoració per part d'aquesta és negativa, tampoc hi hauria un reforçament positiu. Per això, també s'han de tenir en compte els aspectes cognitius implicats en el procés d'aprenentatge i la resta de factors que poden modificar-se mitjançant una intervenció plural (Dobson, 1996).

Des d'un punt de vista funcional, Lewinsohn considerava tres premisses bàsiques. La primera, que hi ha una relació de causalitat entre una baixa taxa de reforçament i l'estat d'ànim baix. Una segona hipòtesi era que el manteniment de les conductes depressives estava reforçat pel suport social i la tercera, que la falta d'habilitats comunicatives i assertives era una de les causes principals que ocasionaven la mancança de reforçament (Lewinsohn et al. 1979).

El Curs d'Afrontament de la Depressió s'aplica des de finals dels setanta, sobre la base del llibre *Control your depression* (Lewinsohn, Muñoz, Joungren i Zeiss, 1978). A més, també hi ha a la disposició dels i les usuàries un llibre de treball per a tots i totes les participants (Brown i Lewinsohn, 1979) i un manual per l'instructor/a (Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz i Teri, 1984).

El CAD es va elaborar inicialment per a adults amb depressió, però el seu disseny s'ha estès a una varietat de poblacions i condicions tals com adolescents, gent gran, cuidadors i cuidadores de majors, grups minoritzats, inclús també en la prevenció de recaigudes en persones que ja han superat el trastorn (Lewinsohn i Golib, 1995).

El programa es presenta com un tractament psicoeducatiu, on el/la terapeuta té més un paper de líder del grup, que no pas el paper de terapeuta tradicional. D'altra banda, pel seu costat,

les persones que participen en aquesta intervenció es veuen com a assistents a un taller d'aprenentatge més que com a pacients receptors/es d'un tractament psicològic.

Els continguts del programa són multimodals, però la seva base teòrica és més conductual.

Es centra en la programació d'activitats agradables, l'entrenament en habilitats socials, la modificació de cognicions (per exemple, mitjançant estratègies de la teràpia de Beck i Ellis) i, finalment en la darrera sessió els «plans de vida», on es tracten els valors personals i les metes dels i les participants (Lewinsohn, Steinmetz, Antonuccio i Teri, 1985).

El programa original, el CAD, és un programa amb entitat pròpia i com a tal, a través de diversos estudis ha demostrat la seva eficàcia i validació empírica. És considerat el format estrella de tractament per la depressió basat en la teràpia de conducta. Són bastants els estudis que avalen la seva eficàcia (vegeu l'apartat de discussió).

Es considera interessant presentar aquesta intervenció, ja que fins on sabem, a Mallorca no hi ha cap tipus de protocol que s'encarregui d'emparrar a aquest perfil de dones que comparteixen ambdues casuístiques.

2. METODOLOGIA DE TREBALL. DESCRIPCIÓ DE L'ACTUACIÓ

Aquesta intervenció, basada en el protocol de Lewinsohn, abasta un gran ventall de tècniques conductuals i cognitives que deriven d'un conjunt de teories validades en el camp de la psicologia clínica. A continuació, es pot consultar un recull dels autors més significatius que han aportat part de les seves teories en la realització d'aquest protocol:

En les primeres sessions es parla de l'aprenentatge social. En els anys 60, la major part del comportament humà s'explica a través de les teories conductuals: el condicionament clàssic i el condicionament operant éren l'explicació més acertada de les accions humanes. Tot i això, dintre d'aquest marc contextual, trobam a Albert Bandura, el qual criticava el conductisme de B.F. Skinner i destaca la importància de l'entorn, dels estímuls externs. Els seus postulats giraven entorn de què a més dels estímuls externs, hi ha un factor crucial en la construcció de la conducta: els determinants socials (Beltrán i Bueno, 1995).

A una de les sessions, concretament l'onzena sessió, es parla de l'aprenentatge mitjançant els models i la pràctica en primera persona. Bandura sempre va assenyalar que la pràctica a través de la pròpia experiència era la més rudimentària. L'experiència directa és la que més aviat provoca efectes verificables d'aprenentatge: arriba un punt en què se seleccionen les formes de resposta sobre la base de l'èxit que han tingut i es descarten les respostes ineficaces. Les conseqüències de l'entorn causades per les respostes, ens proporcionen informació i tenen una base motivadora (Bandura, 1987).

Una de les tècniques que també s'expliquen es el mètode ABC. Aquest mètode va ser elaborat per Albert Ellis, el psicòleg fundador de la Teràpia Racional Emotiva (Ellis, 1993). La TREC és una teràpia directiva orientada cap als factors cognitius que medien entre les conductes inadaptades i les emocions: és una Teràpia cognitivo-conductual la qual té com a premissa bàsica el fet que les persones controlen gran part del seu destí, a mesura que van actuant en concordança amb els valors i les creences que tenen. Per això, la TREC d'Ellis suposa que els trastorns psicològics sorgeixen en la majoria de patrons erronis o irracionals del pensament. (Ellis i Lega, 1993).

Mentre Ellis parla del diàleg intern amb una mateixa, Meichenbaum (1971) parla d'autoinstruccions. Meichenbaum és un altre autor de referència, del qual en podem veure part de la seva teoria aplicada als protocols que proposa Lewinsohn. Aquest, defineix les autoinstruccions com una sèrie contínua d'afirmacions per a nosaltres mateixes, en les quals ens diem el que hem de pensar i creure i fins i tot com comportar-nos. Mitjançant aquest monòleg intern, sobre la base de pensaments concrets que podem controlar, influïm en els nostres pensaments, sentiments i comportaments. Es tracta, per tant, d'una tècnica d'acte-regulació verbal de la conducta. Suposa una reestructuració cognitiva i s'aprèn mitjançant modelatge i assaig de la conducta. Més endavant, la podrem veure de forma aplicada a les sessions.

A través dels diferents teòrics i les diferents tècniques, en aquest protocol s'aportaran les bases per poder millorar l'estat d'ànim i incorporar al dia a dia un estil de vida més positiu, a l'hora que s'incrementa la individualitat de cada una de les participants: l'objectiu principal

és avaluar la factibilitat del Curs d'Afrontament de la Depressió (CAD) de Lewinsohn a dones amb depressió víctimes de violència de gènere.

Com a objectius específics, trobem: reduir el grau de depressió després de la intervenció i adaptar el protocol de la CAD a aquest perfil de pacients.

Disseny

Estudi pilot, concretament assaig clínic (ja que les unitats d'estudi són pacients) quasiexperimental, també conegut com a assaig aleatoritzat controlat.

Com que l'aleatorització es considera el millor mètode per garantir l'equivalència dels grups i la seva posterior comparació, s'aleatoritzaran les 30 pacients per ser assignades a les dues condicions experimentals (grup control o grup d'intervenció). Així, quedaran dos grups de 15 participants a cada un.

En tot el procés s'aplicarà l'emascarament: el garbellat inicial el farà un avaluador/a diferent al/la que impartirà les sessions. Un cop acabat el seguiment de les pacients, es podran comparar els resultats de cada un dels dos grups. Les persones que entrevistaran i les que impartiran el curs han de tenir en compte que per treballar amb persones que han estat víctimes de violència de gènere d'ha de tenir una actitud moral de compromís. Cal adoptar una postura solidària, això no vol dir que la persona que es té al davant no pugui fer res dolent o equivocar-se, sinó que es té consciència de l'experiència traumàtica i de les necessitats terapèutiques de la víctima. Tot això implica el clar posicionament del professional contra la violència (Herman, 2004).

Totes les participants, abans d'iniciar el procés, firmaran un consentiment informat (**Annex 14**) i rebran tota la informació necessària sobre el projecte.

Analisi estadístic

Es durà a terme una anàlisi descriptiva de les variables quantitatives de l'estudi que es volen analitzar. Pel que fa a les qualitatives, s'analitzarà la freqüència relativa de cada categoria.

Per l'anàlisi de la gravetat de la depressió de les participants, les mitjanes es compararan amb l'aplicació de la prova T d'Student-Fisher.

Si no es compleixen els requisits d'aplicació de les proves estadístiques, s'analitzaran les dades per via no paramètrica.

Variables

La variable independent d'aquest estudi és la intervenció: aplicació del curs d'afrontament de la depressió.

Hi ha dues variables dependents: una és la gravetat de la depressió i l'altra és el nivell d'habilitats socials i assertivitat. Cada una avaluada segons les corresponents escales.

Duració

La duració de l'estudi pilot serà de sis mesos: les sessions es duran a terme dintre dels quatre primers mesos (exactament, 14 setmanes). Es farà un seguiment al cap de tres mesos i als sis.

Mostra

En aquest treball es contarà amb una mostra de conveniència.

Criteris d'inclusió: dones, majors de divuit anys, que hagin patit violència física o psicològica per part de les seves parelles i que actualment tinguin depressió subclínica lleu o moderada (mesurada amb el BDI). És un requisit indispensable que totes les participants entenguin la llengua catalana i sàpiguen llegir.

Seràn criteris d'exclusió per a les participants: una puntuació en el Beck Depression Inventory (Beck, Steer i Brown, 1996) inferior a 10 punts, el risc de suïcidi, patir altra patologia mental (exceptuant trastorns d'ansietat) i estar participant a l'hora a altres estudis clínics. També queden excloses les persones que tinguin alguna patologia física, problema físic o social que els interfereixi amb l'assistència a les sessions grupals o les avaluacions.

S'espera reclutar un mínim de 30 participants per poder posar en marxa la intervenció. S'elaboraran dos grups: un grup de 15 pacients a les quals se'ls durà a terme la intervenció i un grup de 15 pacients que formaran part del grup control. Les participants seran aleatoritzades a una de les dues branques de la intervenció.

Reclutament

El reclutament de les participants es farà mitjançant els organismes de protecció de les víctimes de violència de gènere i a través de la coordinació amb els centres de salut per tal d'incrementar el nombre de participants.

Es presentarà el projecte a l'Institut Balear de la Dona (IBdona) i als Centres de Salut de Palma (CS). S'espera fer la captació a través de les tècniques i els tècnics de l'IBdona i dels metges i les metgesses d'Atenció Primària.

Es recomana que s'estableixi una coordinació efectiva entre els dos serveis de derivació, i per això es proporcionarà una bona promoció del protocol a l'inici, explicant a totes i a totes les professionals encarregades de la derivació la seva utilitat, el seu objectiu i les característiques de les persones que es podran beneficiar d'aquesta iniciativa

Un cop detectades les persones, se'ls oferirà participar en el projecte mitjançant l'explicació d'aquest i el lliurament d'una fulla d'informació. En cas afirmatiu, seran derivades a les responsables de la intervenció, les quals s'encarregaran d'engegar el protocol d'inclusió.

Instruments

A l'inici, s'empraran dues entrevistes per fer la inclusió de les participants:

- *Pauta de entrevista para víctimas de violencia doméstica* (Labrador i Rincón, 2002): aquesta entrevista recull la informació d'antecedents sociodemogràfics, les característiques del maltractament i la història prèvia de la parella durant el procés de victimització. Aquesta entrevista s'empra per avaluar el maltractament que ha patit la dona i la singularitat de cada cas.

- *Inventario Autoaplicado de Depresión de Beck, BDI II* (Beck Depression Inventory, Beck, Steer i Brown, 1996): El BDI-II és un instrument autoaplicat, que també pot ser administrat per una segona persona de forma oral. S'utilitzarà la validació espanyola (Sanz, Vázquez i Perdigón, 2003). La persona ha d'estriar entre quatre alternatives possibles, relacionades amb temes com la tristesa, l'autoestima, el fracàs, el sentiment de culpa... Cada ítem es puntuà de 0 a 3, i la puntuació del test va de 0 a 63.

En aquest cas, s'emprarà el BDI-II per avaluar el grau de depressió i en el cas de que no es detecti un mínim de 10 punts es descartarà la seva participació a la intervenció.

	Mínima	Lleu	Moderada	Greu
BDI-II-original	0-13	14-19	20-28	>29
Adaptació Española	0-13	14-18	19-27	>28
APA 2000	0-9 (no depressió)	10-16	17-29	>30
NICE 2009	0-9 (no depressió)	10-16 (subclínica)	17-29 (lleu-moderada)	>30 (Moderada-Greu)

Un cop les dones ja formin part de l'estudi es faran 3 avaluacions: la basal, una avaluació als tres mesos i una altra de tancament als sis mesos. Per fer l'avaluació basal s'administrarà, a més de les proves del cribatge, següents proves:

- *Escala de Hamilton para la depresión, HDRS* (Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton, 1980): La versió original es va crear el 1960 i consta de 21 ítems. S'utilitzarà la validació espanyola (Ramos, 1986). S'emprarà per fer el seguiment de l'evolució de la simptomatologia depressiva: Temporalment, aquesta escala es centra

amb en moment en el qual es fa l'avaluació. Per això, serà de gran utilitat per poder seguir el procés dels i les participants. Alguns ítems com la qualitat de la son es calculen tinguent en compte els dos dies prèvis, però en general, es centra en el present.

- *Escala de asertividad de Rathus* (The Rathus Assertiveness Schedule, Rathus, 1980). S'utilitzarà la validació espanyola: Escala de asertividad de Rathus (R.A.S adaptación León i Vargas, 2009). És una altra mesura d'autoinforme d'assertivitat i habilitat social. Està format per 30 ítems, els quals poden puntuar des de -3 (molt característic en jo mateix/a) a +3 (poc característic en jo mateix/a). Si la puntuació és positiva, implica una alta habilitat social.

Adaptació

Dins aquest treball s'ha realitzat l'adaptació d'un protocol. Principalment, les sessions que es descriuen a continuació s'han anat elaborant seguint el patró del llibre d'autoaplicació: *Control your Depression* (Lewinsohn, 1978).

L'aplicació s'ha fet pensant en tot moment amb el perfil de pacients que rebran la intervenció. Per això, una de les primeres tasques ha estat canviar el lèxic: es tracta d'un llibre autoaplicat, això implica que va dirigit al lector/a en segona persona. Les sessions elaborades a continuació van dirigides al grup, mantenint en alguns casos la segona persona per referir-nos a les tasques concretes que s'han de fer.

En algunes sessions s'han mantingut les "checklists" del final del capítol, ja que resulta interessant en segons quins casos per poder tenir un feedback i unes pautes a seguir de cara a la propera sessió. Aquestes "checklists" són unes llistes de tasques i objectius que s'han assolit després de la sessió, perquè les participants puguin reflexionar sobre el que han après i el que han de fer. Algunes altres "checklists", s'han exclòs de l'adaptació, ja que feien referència a la lectura i la comprensió del llibre, sense tenir cap sentit en una teràpia grupal amb terapeuta.

Un altre aspecte que s'ha contemplat en l'adaptació ha estat el llenguatge inclusiu i l'eliminació dels rols de gènere: s'han procurat eliminar o canviar alguns exemples introductoris de les sessions que fossin sexistes o fomentessin els estereotips de gènere.

També s'han eliminat parts reiteratives: en el format autoadministrat de l'edició original es proposa al públic que s'avaluïn mitjançant l'inventari de Beck. En aquest cas, aquesta part queda inclosa en l'entrevista basal a més de ser un dels criteris per poder formar part de l'estudi. Per això, no es considera rellevant aplicar en aquest punt l'autoinforme.

S'ha introduït una infografia en la sessió de les autoinstruccions per fer que el material sigui més didàctic. A través dels dibuixos les participants poden retenir millor la informació i recordar les passes fàcilment.

Finalment, s'ha substituït una sessió d'habilitats socials (ja que n'hi havia tres de la mateixa temàtica) per dedicar-la a la teràpia per dones víctimes de violència de gènere. La sessió concretament és l'octava i s'ha fet basant-se amb un programa d'intervenció cognitiva-conductual en dones víctimes de violència de gènere (Labrador i Alonso, 2007).

3. INTERVENCIÓ (Protocol d'implementació de la pràctica assistencial)

La intervenció proposada consta d'onze sessions, més dues sessions de generalització. Un format d'11+3 que suposarà un total de tretze sessions repartides periòdicament de forma setmanal. A continuació, es mostra de forma detallada què es farà a cada sessió i s'adjunten annexos del material de suport adient a cada temàtica tractada.

Primera sessió: Què entenem per depressió i com reconèixer-la

Aquesta sessió, es centra amb la psicoeducació. S'educarà a les participants i es generarà un marc contextual per poder començar a treballar amb el grup. En aquestes dues hores es proporcionarà informació per entendre millor el problema i poder posar-li nom.

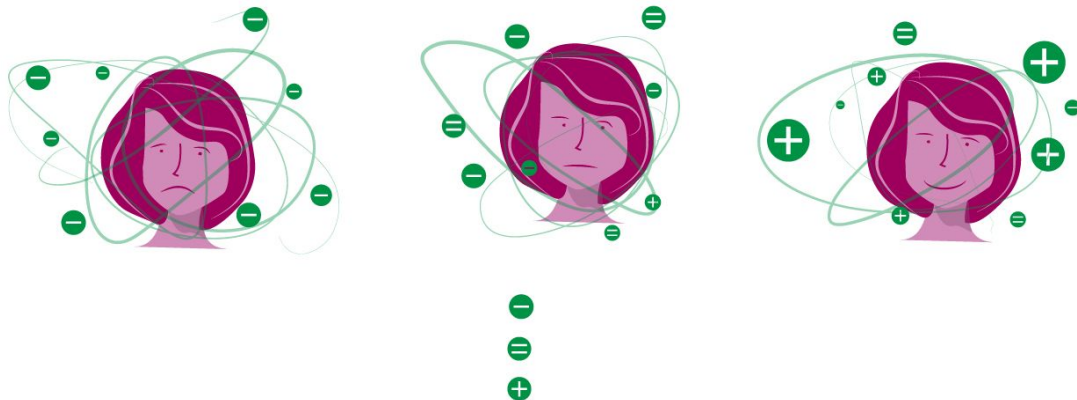
Primer de tot, s'explicarà el què no és la depressió: estar depressiva no és estar boja o un sentiment anormal. De fet, és un dels problemes més comuns que la gent pot experimentar. A partir d'aquí, s'exposaran diversos estudis actuals que demostren les taxes reals de persones que pateixen depressió i la quantitat de gent que al llarg de la seva vida ha tingut en qualque moment un diagnòstic relacionat amb l'estat d'ànim.

En segon lloc, s'explica el que és la depressió: Una síndrome és un conjunt d'esdeveniments, comportaments, o sentiments que a vegades, no sempre, van junts. És important reconèixer que hi ha diferències individuals en les persones i que cap de nosaltres viu una situació molt similar de la mateixa forma. En aquest cas, passa el mateix. Tot i això, hi ha una sèrie de trets característics que formen la simptomatologia depressiva i que són importants per reconèixer-los: la disfòria, la baixa taxa d'activitat, problemes d'interacció amb la resta de gent, sentiments d'inutilitat i de culpabilitat, sentir-se esgotada, problemes de concentració i físics.

Per acabar, es repassa el que s'ha fet a la sessió: les explicacions més clares sobre els conceptes i es lliurarà a totes les participants un formulari (**Annex 1**) per poder reflexionar damunt el que han après.

Segona sessió: Aprenentatge Social. Una forma d'entendre el comportament dels i les altres

En aquesta segona sessió es parla de la importància de comprendre el nostre entorn i les persones que el formen: els éssers humans han intentat entendre's a ells mateixos i a la resta de persones des de fa segles. Totes tenim un desig important d'explicar el què sentim, perquè ens agraden unes coses i no unes altres. Sabem que la gent aprèn a actuar, a pensar, inclòs a sentir: podem dir que la depressió i la forma de relacionar-nos amb ella també és apresada. Per això, aquí s'aprendrà la idea de què el control de la depressió també és part d'un aprenentatge de nous patrons d'afrontament.



En aquesta part, s'introduiran els conceptes per entendre com aprenem a relacionar-nos i es completarà amb la quarta sessió, on ens focalitzarem en eines específiques per comunicar-nos amb la resta del nostre entorn. Aquests són els temes principals de la sessió:

- Què influeix el comportament? Antecedents, conseqüències, factors interns.
- La connexió entre: pensaments, accions i sentiments.
- Estratègies que ajuden a centrar l'atenció en nosaltres mateixes i els nostres esforços.
- És qüestió de controlar-ho.
- Importants implicacions de l'Aprenentatge Social

Tercera sessió: interactuam amb l'entorn

En aquesta sessió, es reconeixeran les sensacions internes i es proporcionarà un marc de treball en el qual es pugui interpretar el que es sent en cada moment. (**Annex 2**)

En la primera part, s'analitzaran situacions diverses i com s'interpreten.

A la segona part, es facilitaran eines per registrar l'estat d'ànim en el moment en què es proposi i així facilitar la introspecció per identificar el grau de disforia i l'estat anímic en el moment que es proposin.

Primer de tot, a l'annex 2, podem veure el quadre explicatiu de com es relaciona el tipus d'interacció que es fa amb el tipus de sentiment que es té. Després d'aquesta explicació, s'exposen exemples d'interaccions dels dos tipus: associades a resultats negatius i associades a conseqüències positives. Els exemples, estan relacionats amb les relacions de parella i la convivència. (**Annex 3**).

Un cop s'han analitzat els textos de l'Annex 3, s'aprofundirà amb què determina si una interacció o una situació serà una experiència positiva o negativa. Es remarcarà la teoria de què això no depèn sols de l'actual situació, si no també, de la interpretació que es fa després dels mateixos fets. Tot seguit, es demanarà que cada una d'elles exposi un exemple personal emprant el mateix format d'interpretació. Així, comença a crear-se un clima de confiança i es va dirigint el punt d'atenció cap a elles mateixes.

La segona part de la sessió és més curta, es proporcionen els recursos per fer un seguiment gràfic de l'estat d'ànim diari. Es remarca la importància d'observar amb cura les activitats que es duen a terme en el dia a dia i el tipus d'interacció que fem amb el nostre entorn i les nostres relacions. Es lliurarà un full a cada una de les participants amb una taula (**Annex 4**), en la qual podem registrar la data i la puntuació que considerem en relació al nostre estat d'ànim.

Per acabar, s'explica la importància del que s'ha après fins ara: aprendre a interpretar i descriure la situació. Es repassa el que s'ha explicat mitjançant una revisió dels punts

importants (**Annex 5**). S'introdueix la propera sessió: aprendrem noves eines per millorar les habilitats socials, l'assertivitat i com obtenir recompenses del medi.

Quarta sessió: Cream un pla personal per superar la depressió

A partir de la quarta sessió, passam de proporcionar informació sobre el problema i la identificació dels factors que el perpetuen a donar estratègies per combatre les respostes improductives que empren les participants. Fins ara, la feina pràcticament era escoltar, llegir i entendre. A partir d'aquest moment, l'acció passa a ser seva. Tot i que aquesta sessió parla de la majoria de problemes que relaten les persones amb depressió, és la seva tasca identificar quins problemes volen abordar i a la llarga dels següents capítols anar tractant-los. En aquesta sessió s'exposen per sobre els continguts de les següents, i alguns temes que ja no es tractaran de forma específica, però que van implícits en les estratègies que s'aniran mostrant.

Aquests són els problemes que es tractaran específicament en els següents apartats:

- Relaxació
- Activitats agradables
- Problemes amb la gent
- Pensaments negatius
- Autocontrol

Ara bé, és cert que hi ha una llista de problemàtiques més concretes que per una qüestió temporal no podem incloure en aquest protocol. Per això, en aquesta sessió, es considera important fer un recorregut per sobre d'aquests:

- Problemes de parella
- Problemes vocacionals
- Abús de substàncies i alcohol
- Problemes físics
- Problemes per dormir

Per acabar la sessió, es proporciona una llista en la qual les participants decidiran per on començar i en què s'han de centrar. Per això, es farà una llista dels principals problemes que consideren que s'han de tractar, els posaran nom i quedaran apuntats per anar abordant-los en les següents sessions. (**Annex 6**)

Quinta sessió: Aprenem a relaxar-nos

Ara ja sí, ens centram amb la relaxació. Un propòsit necessari per millorar la simptomatologia ansiosa que acompanya en molts de casos a la depressió. En aquesta part, ens centrarem amb un mètode senzill per aprendre a relaxar-se.

Dos seran els objectius principals que s'han d'assolir:

- Adquirir un nivell bàsic a partir del qual podran comparar el propi progrés mentre aprenen a relaxar-se més i millor.
- Identificar els moments o les situacions del dia que generaran més tensió i així poder anticipar-se.

Primer de tot, és necessari establir una escala per mesurar el nivell de tensió. Per això, es proporciona una taula (**Annex 7**). En aquesta, el 10 implica el màxim de tensió que es pot experimentar i el 0 el mínim. Cada dia s'ha de completar, emplenant les tres columnes:

- 1) La puntuació mitjana del nivell de relaxació que atribueixes en el dia d'avui.
- 2) Quan t'has sentit menys relaxada durant el dia? A més, assegureu-vos de comprovar l'hora, el lloc on heu estat i la breu descripció d'aquest episodi.
- 3) Quan t'has sentit més relaxada en el dia d'avui? També recorda apuntar l'hora, el lloc i una descripció del moment.

Després d'analitzar el grau de relaxació durant una setmana, aniran incorporant les tècniques que s'imparteixen durant aquesta sessió.

Es lliurarà a cada una de les participants una fulla (**Annex 8**) amb el que s'ha de fer *abans* de la relaxació i les passes que s'han de dur a terme *durant* la relaxació.

Per acabar la sessió, s'exposaran una sèrie de problemes freqüents a l'hora de relaxar-se relacionats amb la distracció i pensaments intrusius. Les participants comptaran amb recursos per paular la seva pròpia relaxació i després generalitzar-la a situacions determinades. La tècnica ofereix també estratègies per millorar: gravar les pautes per relaxar-se, alternatives per relaxar-se en llocs no habituals i formes d'avaluar el progrés en aquest àmbit.

Per acabar aquesta sessió, també hi ha un formulari d'autoavaluació per recalcar els aspectes més interessants i fer una reflexió sobre el que s'ha après i el que s'ha de dur a terme a partir d'ara (**Annex 9**).

Sexta sessió: Activitats agradables

“Quan tenim l'estat d'ànim baix, és bastant habitual que no ens sentim identificades en activitats que ens provoquen un mínim de plaer” És cert que l'activació conductual ha disminuït degut a les circumstàncies i també pot ser que, encara que ens vegem embolicades en activitats diverses, no obtinguem plaer a través d'elles”. Aquesta és la reflexió inicial de la sexta sessió. Es reparteix entre les participants una llista de 274 activitats agradables (**Annex 10**).

Es donarà un temps prudencial perquè de forma individual vagin llegint les diferents activitats que es proposen i després, en comú, es resoldran els dubtes en cas d'haver-n'hi.

Cada una de les participants haurà de dir una activitat de la llista que li proporciona o li proporcionava plaer.

Després s'explicarà com s'emplenen les dues columnes que segueixen les activitats: freqüència i grat. Aquestes dues s'han de respondre amb un criteri comprès entre el 0 i el 2.

Una vegada s'ha completat la taula, ja tenim les eines per dissenyar un pla de canvi: les coses que ens proporcionaven o ens proporcionen molt de plaer i que s'associen a una taxa de freqüència molt baixa (0) les deixarem per més endavant. Ara bé, les activitats que ens proporcionen molt de plaer i que la freqüència és més alta (1-2), intentaran incrementar-se

per les pròximes setmanes. També, es plantejarà una activitat que no es fa, nova, i que la participant cregui que pot proporcionar-li plaer, o que li faria ganes aprendre.

Sèptima sessió. Aprenem a ser socialment hàbils: l'assertivitat

“En un llenguatge menys psicològic, l'habilitat social és la capacitat de fer que la gent respongui amb calidesa i interès amb vosaltres, en lloc d'ignorar-vos o molestar-se.” (Lange, A.J., 1983). En aquesta sessió, aprendrem que hi ha diverses maneres de ser socialment hàbils. Es farà pensar a les participants en totes les persones que coneixen que els cauen bé, amb qui passarien una bona estona i després es reflexionarà damunt la idea que segurament, entre totes aquestes persones es poden trobar moltes diferències que els identifiquen millor els uns dels altres. A partir d'aquí, s'introduirà el tema de l'assertivitat: Què és la conducta assertiva? No hi ha una definició universalment acceptada. Per això es presenten una sèrie de definicions d'assertivitat (**Annex 11**), es posa en comú el material i després, es demana a cada una de les participants que recordin una situació personal del passat en la qual haurien d'haver respost de forma assertiva i no ho van fer. Aquí, es recalca molt que cedir a tot no és ser assertives, s'intenta inserir en el fet de la relació de parella, a les demandes i exigències desproporcionades que han acceptat en el passat i com les podrien haver resolt d'una forma més justa i sincera.

Octava sessió: Posam en marxa les nostres habilitats

Aquesta sessió està basada amb la 5a sessió del programa presentat per Labrador i Alonso (2007) per tractar mitjançant teràpia cognitivo-conductual a víctimes de violència de gènere. És una sessió dedicada a repassar el que s'ha fet, des d'una perspectiva feminista i afegint la solució de problemes.

Aquest és l'esquema de la sessió:

• Solució de problemes: explicació i pràctica de la tècnica de solució de problemes. (Bados i Garcia, 2014). Primer es defineixen els conceptes bàsics (D’Zurilla i Nezu, 2007):

- *Resolució de problemes*: Un procés cognitiu-afectiu- conductual mitjançant el qual una persona intenta identificar o descobrir una solució o resposta d'afrontament eficaç per un problema particular.
- *Problema*: transacció persona-ambient en la qual hi ha una discrepància o desequilibri percebut entre les exigències i els recursos disponibles. La persona en aquesta situació percep una discrepància entre “el que és” i “el que hauria de ser” en condicions on els mitjans per a reduir la discrepància no estan immediatament patents.
- *Solució*: Resposta d'afrontament o pauta de resposta que és eficaç: altera una situació problemàtica i/o les reaccions personals d'un davant la mateixa de manera que ja no és percebuda com un problema, al mateix temps que maximitza altres beneficis i minimitza el cost.

• Control de la respiració: aplicar les passes apreses (**Annex 8**) i repassar les possibles dificultats que les participants han trobat durant les sessions.

• Millora de l’autoestima: activitats centrades a empoderar a les participants i aprendre a destacar els seus punts forts.

• Realitzar activitats agradables: repassar si s’està fent el que es va comentar a la sessió de les activitats agradables i revisar els llistats.

Novena sessió: Controlam els pensaments

En aquest cas, la sessió comença amb un relat:

Teresa, una dona de 42 anys, va criar els seus dos fills, David, ara amb 16 anys, i Lydia, de 20 anys. El pare dels nens va deixar la família quant el nen i la nena eren gairebé petits. Teresa va haver de lluitar per mantenir-se a ella mateixa i als seus fills. Per això, va començar a fer feina de secretària. Ella mai havia treballat però tenia una hipoteca i una família que mantenir. Els darrers dos anys plorava bastant i les seves capacitats per atendre a la feina i a la família s’havien vist afectades. Ella se sentia angoixada per les tasques i les responsabilitats que tenia.

Les seves activitats a casa i en el treball no han canviat molt aquests dos últims anys. Però des que na Lúdia es va graduar en la universitat, Teresa va començar a pensar més i més en què la seva vida està acabant. Es diu repetidament que en l'única cosa que és bona és en criar als seus fills, cuinar, netejar i tirar endavant la casa. Sent que una vegada marxin el seu treball haurà acabat i podrà morir sense que ningú la trobi a faltar. Alhora, es qüestiona la seva competència com a mare. Es culpa a si mateixa de la insatisfacció del seu marit i es pregunta si s'hauria d'haver tornat a casar per a proporcionar als seus fills la figura paterna. David, el seu fill, està menys comunicatiu i Teresa se sent culpable per no haver estat més disponible per a ell. Potser si no hauria hagut de treballar, ell hagués après a estar més prop d'ella. Contínuament es pregunta si serà capaç d'ajudar a David amb la universitat.

Na Teresa es troba contínuament submergida en pors, tragèdies i culpant-se de les decisions que va prendre en el passat i amb altres pensaments negatius. Aquest tipus de pensaments són extremadament destructius i font de molt de sofriment. Ella no és conscient que aquest tipus de pensaments contribueixen a la seva depressió.

Aquesta sessió se centra amb els pensaments i l'efecte que tenen en l'estat d'ànim: s'aprendrà que hi ha formes d'emprar-los a favor nostre.

Podem parlar de dos objectius principals:

1. Prendre consciència dels pensaments propis, de tal manera que aprenguem a diferenciar entre pensaments problemàtics i pensaments positius.
2. Aprendre tècniques per dirigir els pensaments cap a la direcció que a nosaltres ens convé.

També cal saber que és bo treballar amb els pensaments per dues raons:

1. Els pensaments sempre estan amb tu: pots emprar-los i sentir-los en qualsevol moment i a qualsevol lloc.
2. Estan sota el teu control i de ningú més: ningú pot directament canviar la teva manera de pensar.

Després d'aquesta introducció, començarà la primera activitat. Consistirà a anotar en un paper els pensaments que hagin tingut el mes passat.

Un cop s'hagin seleccionat els pensaments, s'analitzaran els resultats: si hi ha més pensaments negatius que positius, s'haurà fet evident la necessitat de prendre cura d'aquestes indicacions. Aquesta primera part és per cridar l'atenció de les participants i fer-les prendre consciència de la utilitat d'aquesta sessió.

La segona part consisteix amb donar eines específiques:

- Aturada de pensament: Es tracta d'una estratègia psicològica que consisteix a frenar aquests pensaments negatius que estan torturant el nostre cervell, substituint-los per uns altres més positius o que simplement distreguin la nostra atenció. El primer que s'ha de fer és identificar aquests pensaments per a tenir-los controlats.

A n'aquest punt ja s'ha après a identificar-los. Ara hem de controlar-los. Primer de tot, s'ha de triar una paraula clau per associar-la amb l'aturada de pensament, per exemple: STOP! BASTA! PROU!. Un cop tenim la paraula, aquesta s'ha de pronunciar en veu alta cada cop que el pensament negatiu aparegui. Hi ha altres formes d'aplicar aquesta tècnica. Una d'elles és canviar la paraula que es pronuncia en veu alta per una frase del tipus “ ara m'aturo de pensar amb això”, “basta de pensar amb aquestes coses”. També hi ha l'opció de pessigar-se amb un elàstic cada cop que aparegui el pensament, per tal de prendre consciència i aturar-lo.

- Hora de preocupar-se: Associats a la depressió hi pot haver una sèrie de pensament que qualificarem d'obsessius. Aquests pensaments són incòmodes i en la majoria de vegades estan presents en la majoria de cops que no haurien d'estar-hi. Per això, aquesta tècnica és adequada per aprendre a donar la importància que mereixen els pensaments obsessius (a cops, poden ser necessaris) i dedicar-los el temps que realment necessiten. Aquesta tècnica consisteix amb elegir un lloc i un moment per dedicar-ho a aquests pensaments. Per tant, l'objectiu no és evitar-los: és elegir quan pensam amb ells. Es donaran algunes indicacions per fer-ho bé: llocs preferibles per fer aquest exercici, temps mínim de dedicació, planificació...

- Ridiculització: Aquesta tècnica està dissenyada per reduir l'impacte que tenen alguns pensaments negatius mitjançant l'exageració d'aquests, fent-los tornar ridículs perquè perdin el seu valor agressiu.

Un cop ens hem centrat amb identificar els pensaments que ens molesten i reduir el nombre de pensaments intrusius, la tercera i darrera part d'aquesta sessió consisteix en incrementar els pensaments que sí ens proporcionen plaer. Per això, aquí també trobem una sèrie de tècniques que es proporcionaran a les participants:

- Priming: es basa en la idea d'incorporar pensaments positius de forma sistemàtica en el nostre pensament per tal de trencar el conjunt de pensaments negatius i començar a canviar-los per un flux de pensaments positius. Primer de tot, s'ha d'escriure en una llista tots els pensaments positius. S'han d'afegir tots els pensaments que siguin necessaris, especialment els que es refereixen a una mateixa. En segon lloc, s'escriuen aquests pensaments en diferents targetes, per a aconseguir un recull de targetes de pensaments positius. Un cop s'ha elaborat el material, comença l'acció: tres vegades al dia s'ha d'escollir una targeta, llegir-la i parar-li esment. A poc a poc, es poden anar afegint pensaments positius nous.
- Empram pistes: En aquest cas, associarem un pensament positiu a una activitat que fem freqüentment. Per exemple, cada cop que ens rentam les dents. Així, pensaments infreqüents aniran lligats amb les activitats que fem més sovint i començaran a aparèixer amb molta més assiduitat.
- Autoconeixement: “Si a una persona que fa la seva feina ben feta, li diuen que no ho fa bé, o què és una incompetent, segurament a la llarga acabarà pensant que és cert i deixarà d'esforçar-se.” Al contrari, quan una persona ens reconeix la nostra tasca, ens fa sentir bé. El mateix passa amb nosaltres mateixes: si ens acostumem a queixar-nos constantment sobre els nostres resultats i els missatges que ens enviem són negatius, al final acabarem creient les nostres pròpies paraules encara que no tinguin cap tipus de validesa. Aquesta tècnica ajuda a incorporar estímuls positius que reconeguin la tasca que es fa de manera més realista: un cop al dia s'ha d'identificar alguna cosa que

s'ha dut a terme i s'ha conclòs amb èxit. No cal sigui un objectiu difícil. Al final del dia, una mateixa s'ha de reconèixer el que ha fet bé.

- Moment de projecció: un dels pensaments més aterridors que van implícits moltes vegades amb la depressió és pensar que mai s'acabarà el patiment, que la sensació d'estar trista, de no tenir ganes de fer les coses és i serà per sempre. Per això, aquesta tècnica consisteix en projectar un nou futur: s'han d'imaginar d'aquí a un temps, quan el patiment ja no sigui tan intens. En aquest cas, es pot parlar de la ruptura de parella. De com els primers dies el dolor era molt intens i quasi sempre present. A poc a poc, tot i encara sentir pena o pensar amb el buit, l'enyorança d'aquella relació ha perdut força i els pensaments i sentiments predominants són d'un altre tipus.

Desena sessió: Construïm el nostre pensament

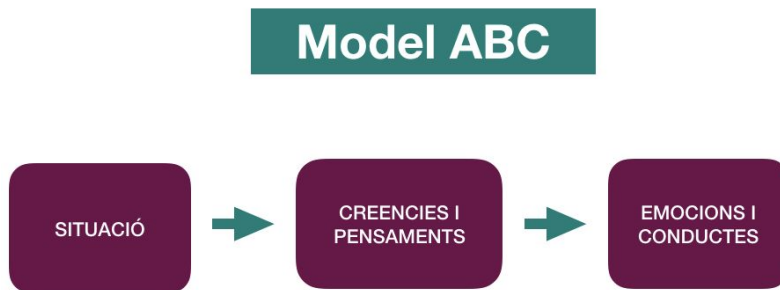
En la sessió anterior, s'ha discutit com els pensaments estan estrictament lligats amb els sentiments i les accions. Per molta gent, canviar els pensaments o les actituds referents a un problema pot ser la clau per millorar el seu estat d'ànim.

Primer de tot, s'explicarà el mètode A-B-C. La teràpia racional emotiva és la pionera de les teràpies cognitives. El mètode ABC d'Ellis, es basa en aquesta teràpia. No són els esdeveniments (A) els que provoquen els estats d'ànim (C) sinó que són les interpretacions que fem dels esdeveniments (B) els que produeixen en nosaltres que ens sentim d'una manera o una altra. És evident que davant un mateix esdeveniment unes persones reaccionaran d'una forma i uns altres d'una altra molt diferent. És més, en nosaltres mateixos es provoquen respostes diferents davant un mateix fet en diferents moments de la nostra vida. A què és degut això si els esdeveniments són els mateixos? La solució l'hem de trobar en la força dels nostres pensaments i interpretacions.

Per tant, hem de treballar sobre les nostres interpretacions per a aconseguir sentir-nos bé. Això no és una tasca fàcil, ja que al llarg de la nostra història d'aprenentatge hem anat adquirint una filosofia de vida que ens fa percebre els esdeveniments a través d'un filtre molt

arrelat. Si aconseguim a través de la interpretació cognitiva canviar la manera en què veiem el món o en què tendim a interpretar els successos que ens passen, aconseguirem sentir-nos millor en el present i de cara a un futur.

L'esquema A-B-C seria el següent:



Onzena sessió: Entrenament en autoinstruccions: sigues la teva pròpia coach!

En aquesta sessió s'aprendrà com nosaltres mateixes podem entrenar-nos.

La sessió comença amb una mica d'informació: Què són les autoinstruccions? Com funcionen? És una tècnica mitjançant la qual nosaltres mateixes ens donam un conjunt d'ordres o instruccions per a la regulació autònoma de la conducta. L'objectiu d'aquest entrenament és ensenyar una forma d'actuació ràpida i eficaç per a aconseguir l'èxit en una tasca o en una conducta.

És cert que l'entrenament en autoinstruccions és una tècnica emprada sobretot en nines i nins, però sí que resulta útil pels adults en segons quins moments.

Un cop definides les autoinstruccions, es comencen a incorporar a la sessió les pautes que s'han de seguir (**Annex 12**):

1. **Què** volem aconseguir: es marquen objectius específics i clars. Per exemple: “No vull estar trista” no seria un objectiu viable, ja que és excessivament general.

2. **Com** ho farem per aconseguir-ho: elaborar un pla d'acció viable. Per exemple: “faré un gran esforç per sentir-me millor” no seria un pla ben elaborat perquè és excessivament comú.
3. **Escriu** clarament les teves instruccions: aquí es genera un espai per redactar les diferents accions que es duran a terme. Millor si són frases curtes i amb verbs d'acció.
4. **Practica** amb les instruccions: hi ha tres formes de fer-ho que poden funcionar bé. La primera és fent-ho una mateixa. És la millor forma d'aprendre i dur a terme el nou pla d'acció. La segona és imaginar-se a una mateixa fent el que s'ha de fer. La tercera és imaginar-se a una altra persona com ho fa i així visualitzar la viabilitat del pla d'acció.
5. **Modifica** les autoinstruccions: a mesura que es practica, s'assoleixen els objectius i s'han d'anar canviant les instruccions per seguir avançant.
6. **Incorpora** les autoinstruccions a la teva rutina.
7. **Recompensa't** per haver complit les autoinstruccions.

En aquesta sessió també es considera adequat acabar amb una sèrie d'objectius que s'han d'haver assolit a la sessió i crear un compromís comú per tal que les activitats es duguin a terme a casa. Per això, a **l'annex 13** hi ha una sèrie d'indicadors que resumeixen el que s'ha parlat en aquestes dues hores i el que s'hauria d'anar fent per avançar de cara a les setmanes vinents.

Dotzena sessió: Mantenim els nostres objectius

A partir d'aquesta sessió, es comença a introduir el final de la intervenció. És la primera part del darrer bloc: miram cap al futur. Aquí, el focus d'atenció serà donar suport a les participants per aplicar el que han après, generalitzar-ho i ensenyar a identificar futures situacions que poden provocar una recaiguda de l'estat d'ànim.

A la primera part de la sessió es dedicaran uns 10 minuts a pensar entre totes una llista d'esdeveniments que poden causar alteracions en l'estat d'ànim. Cada una de les participants analitzarà la llista i juntament amb la terapeuta es comentarà cada un dels esdeveniments conflictius que s'hi mostren. Amb aquesta activitat, es repassarà la naturalesa de les reaccions davant certs esdeveniments i es conduirà a les participants per trobar altres alternatives funcionals davant els problemes, encaixant en aquests moments tot el que s'ha après durant les sessions anteriors.

La segona part consisteix en elaborar un pla per afrontar els possibles estressors que poden aparèixer en un futur. Aquest pla estarà emmarcat dintre d'aquestes tres indicacions:

1. **Anticipar** detingudament les formes en les quals l'esdeveniment estressant pot afectar-la vitalment i també a les seves activitats del dia a dia. Les separacions (permanents o temporals) de les persones amb les quals ha estat estretament involucrada probablement deixaran un gran buit en la seva vida. Moltes de les aficions i moments que compartia amb aquesta persona, que poden haver estat una part important de la seva vida, ara no emplenaran el seu temps. Per això cal anticipar-se i prendre consciència de la situació futura per poder empoderar-se i estar preparades.
2. **Preparar un pla d'acció.** Anticipar-les als esdeveniments estressants mitjançant el desenvolupament d'un pla d'autodeterminació. Utilitzar les habilitats que han adquirit en els capítols anteriors per tractar els problemes que suposarà l'esdeveniment nou per a elles.
3. **Supervisar** o avaluar el nivell d'interferència més de prop. Si el fet, per si mateix, sembla que ha d'ocasionar un estat d'ànim baix, han de posar en pràctica algunes de les tècniques que s'han impartit a les sessions anteriors.

Finalment, es comentarà la possibilitat de sentir angoixa i sentiments negatius davant esdeveniments que generalment són positius i es repassaran els principals moments que tot i ser moments feliços per la majoria, poden ocasionar estrès:

1. **Graduació escolar:** (bé sigui a educació bàsica, especialització, universitària...): els terminis, els horaris, els exàmens, les qualificacions, la por al fracàs, l'orgull d'estar en un programa o classe determinat i altres factors que han actuat per motivar la persona i per organitzar el seu temps ara es perdran.
2. **Ascens laboral:** És probable que el fet de ser ascendida pugui interrompre les relacions existents; els amics i amigues esdevenen subordinats/des i és probable que la qualitat de les relacions es vegi afectada. El treball habitual amb el qual la persona se sentia còmoda i satisfeta és substituït per noves assignacions amb resultats incertes.
3. **Casar-se:** Aquest canvi presenta una sèrie de noves responsabilitats i tornar a fer canvis a l'ordre del dia a dia.
4. **Tenir un fill/a:** Aquest tipus de canvi implica un altre tipus de demandes addicionals, les quals poden implicar esforços per part de la dona que fan que se senti amb menys temps per dedicar-se a ella mateixa i amb més feina per complir al llarg del dia.
5. **Canviar de casa:** normalment aquest canvi pertorba les relacions continuades d'una persona i moltes altres activitats. Sol requerir que una persona desenvolupi un nou conjunt d'amistats i relacions.

Aquestes cinc situacions són exemples que es comentaran a la sessió. Es posarà l'accent, principalment, en estar atentes davant el possible impacte que pot suposar un determinat esdeveniment en un moment determinat.

Tretzena sessió: Canviam la nostra personalitat

Partim de la idea que la gent pot canviar. Hi ha moltes persones que creuen amb una personalitat estàtica que es va modelant segons les èpoques vitals. En aquest curs som partidàries de què tothom té dret a canviar i tothom pot fer-ho. Els éssers humans són la forma de vida més adaptable i flexible de la terra. Si intenteu tancar-vos massa fermament en un sol lloc, en un sol espai, podeu reduir el vostre potencial: renunciar a una de les vostres capacitats humanes més precioses, la possibilitat d'adaptar-se i fer canvis per viure millor.

La qüestió principal d'aquest capítol no és quins són els canvis específics que voleu fer, sinó un plantejament més complex: qui ets i amb qui et vols convertir?

A continuació es tractarà el tema de la por al canvi. Les principals pors són:

- *La por de perdre l'status quo:* Algunes persones senten seguretat en la seva estabilitat, fins i tot si no estan satisfetes amb la seva situació actual. Potser la situació no és bona, però almenys és familiar. Notar el canvi en nosaltres mateixes o en persones properes a nosaltres pot ser amenaçador perquè significa que hi pot haver nous perills.
- *La por de la inconsistència:* Algunes persones tenen por de canviar perquè no volen semblar contradictòries amb la seva personalitat. Aquest sentiment genera incertesa a l'hora de comportar-se d'una manera nova, llevant pes a la seva pròpia imatge que és la que realment tothom té. Aquesta visió implica que la majoria de la gent es comporta de manera molt consistent i, per tant, que la consistència en els patrons de comportament és el que s'espera de nosaltres.
- *La por de perdre l'espontaneïtat:* a cops les persones ens resistim als canvis perquè sentim que la vida ha de fluir sense controlar-la, lliurement. La sensació que genera el fet de preveure les coses i preestablir segons quins actes pot ser de falta d'improvisació, d'avorriment. Per això, s'ha de pensar millor a través d'aquesta idea: els éssers humans esdevenen espontanis i naturals escollint bé i amb prudència, no negant-se a prendre cap decisió.

Un cop s'han recorregut les principals pors que poden sorgir a l'hora de fer un canvi personal, s'introduirà la idea de crear un nou rol. Per idear el nou rol, es duran a terme grups de treball. Els grups de treball són per a treballar en comú noves habilitats, coneixements i competències i desenvolupar-ho amb tot el grup (Egea, 2019).

La idea és crear objectius comuns, en aquest cas seria aconseguir incorporar cada una d'elles el nou rol i debatre sobre com seria aquest nou paper. Amb objectius comuns es treballa la responsabilitat i el compromís.

Catorzena sessió: Planejam el nostre futur

Aquesta sessió serà més breu que la resta. Es recordarà que la vida és un procés de canvi constant, que s'han de prendre decisions cada dia i que a través d'aquestes sessions hem après com fer-ho sense sentir-se culpables o insegures (Lewinsohn, 1986).

Finalment, es repassarà breument tot el que s'ha après. Es facilitaran i recordaran algunes indicacions per mantenir el que s'ha assolit i per generalitzar-ho a tots els contextos que es trobin a la vida real.

Per acabar, es farà una avaluació general de manera oral per rebre un feedback de la intervenció i poder millorar de cara a properes aplicacions d'aquest protocol.

4. DISCUSSIÓ

Com s'ha comentat anteriorment, el programa va ser dissenyat per a població adulta, i a posteriori, s'han anat fent adaptacions en diferents tipus de grups. A causa d'aquestes dues característiques (l'eficàcia demostrada i la polivalència) s'ha considerat que era de les millors intervencions per adaptar a la nostra població de dones que han patit violència de gènere.

Un cop dut a terme el projecte pilot, podrà fer-se un estudi dels seus resultats. Per ara, tan sols es tenen evidències del CAD original: la majoria d'avalis empírics s'han estudiat en mostra adulta.

L'estudi d'Antonuccio et al. (1984), tot i no disposar de grup control ni tampoc de cap comparació de referència, va demostrar l'eficàcia del protocol en la millora de 6 pacients deprimits de 9 que es manifestaven resistents al tractament farmacològic. Els resultats es van mantenir després d'un seguiment de 9 mesos.

Un altre estudi (Brown i Lewinsohn, 1984), sí que va establir comparacions entre quatre condicions: es va comparar el resultat de la CAD en grup amb l'aplicació d'aquest mateix però individualitzat, en una intervenció de contacte mínim amb el/la terapeuta (biblioteràpia i seguiment telefònic) i també amb un grup en llista d'espera. Després d'un seguiment de sis mesos, les tres aplicacions del curs han mostrat eficàcia en la reducció de la depressió.

El tercer estudi que podem considerar (Hoberman, Lewinsohn i Tilson, 1988) estava dirigit a determinar variables predictives del resultat, però ha servit també per mostrar de nou l'eficàcia. Al final del tractament, el 85% dels i les pacients no es podien classificar dintre dels criteris de trastorn depressiu (tenint la majoria inicialment un trastorn depressiu major). Quant a les variables que millor prediuen el resultat es va trobar que eren: el menor nivell de depressió inicial i el millor funcionament social.

Amb tots aquests resultats, s'espera que la intervenció en dones víctimes de violència sigui efectiva i que a poc a poc es pugui anar refinant el protocol per millorar-lo i poder oferir un recurs més per aquest perfil de pacients.

5. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS

L'adaptació del CAD és una alternativa innovadora i pràctica per atendre la demanda de les dones de les Balears que tenen depressió i no han trobat una teràpia que s'adapti a les seves necessitats específiques (pel fet d'haver patit violència de gènere).

6. LIMITACIONS I FORTALESES

Hi ha una sèrie de limitacions que s'han de tenir en compte a l'hora de l'aplicació de l'adaptació de la CAD:

- Com en totes les intervencions, s'ha de tenir en compte la possibilitat de perdre participants al llarg de les sessions. En qualsevol cas, totes les persones són lliures de fer el que realment els vengui de gust i d'abandonar la teràpia sigui quin sigui el punt en el qual es trobin.
- Una segona limitació és la dificultat de detectar la violència. En moltes ocasions les pacients donen explicacions poc convincents de com s'han produït les marques o evidències de la violència física que porten a la consulta, i si aquestes lesions són repetides s'han d'activar els mecanismes d'atenció primària necessaris. Malauradament, la realitat és que no és fàcil detectar segons quin maltractament i això suposarà una limitació més a l'estudi. (Bosch, Ferrer i Alzamora 2005).

Pel que fa a les fortaleces, l'adaptació de la CAD és una teràpia innovadora, adequada per aplicar a les víctimes de violència masclista de les Illes Balears amb depressió com a tractament d'elecció en Atenció Primària. Per ara, no hi ha cap altra alternativa dirigida a aquest perfil concret de pacients.

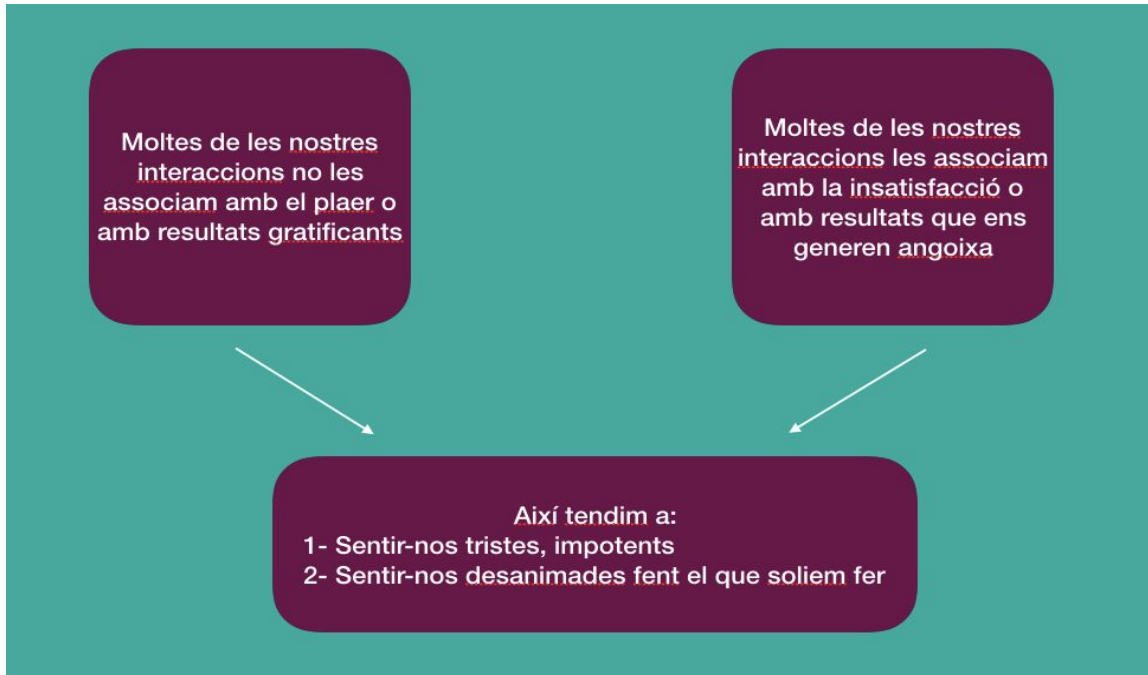
7. ANNEXOS

Annex 1

Després de la primera sessió...

- He entès de forma clara el què sí és la depressió i el que no és.
- He comprès el conjunt de sentiments i comportaments que formen la simptomatologia depressiva.
- He pogut avaluar de forma subjectiva els sentiments que estic experimentant recentment.

Annex 2



Annex 3

Interaccions amb resultat positiu i negatiu. Interpretam les següents situacions, identifica a quines interpretacions fan les protagonistes, quines conseqüències tenen per a elles i com les podríem canviar. Fes un breu anàlisi de cada una:

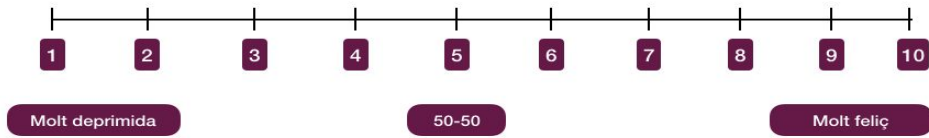
A) Na Joana perd molt de temps fent les feines de casa: prepara el dinar, espera l'electricista, acompanya les filles a l'escola, a repàs i s'encarrega de mantenir la llar. Durant el sopar, les filles parlen amb el seu pare sobre el seu examen del dimarts passat. Ningú col·labora amb na Joana per retirar els plats, ni tampoc per portar les postres. Tampoc li demanen com ha passat el dia. Ella es sent malament, i comença a preguntar-se si la família en realitat es preocupa per ella. Ella segueix sentint-se malament la resta de la vesprada, i després té problemes per dormir-se.

A més, és una persona exigent amb la seva feina, i el dia següent treballa seriosament amb un encàrrec que li ha fet el seu cap de l'oficina. Aconsegueix entregar la feina abans de la data límit, tot i això, mai reb cap resposta (ni positiva, ni negativa). Na Joana assumeix que al seu cap no li ha agradat i que ha perdut un cop més el temps.

B) La parella de na Maria és crítica amb ella perquè treballa fins molt tard, llegeix les notícies de Twitter durant el dinar i no inverteix temps suficient en cuidar els seus fills. Ella considera que sí que col·labora, a més, de forma equitativa. La seva parella una nit li diu que vol parlar amb ella, que està cansat de que no faci res per la família i que tot el que ella pensa no és veritat. Ella es sent humiliada i estúpida. Pensa que segurament la seva parella l'acabarà deixant.

C) Posa un exemple d'un cas teu personal. Que hagi experimentat en el passat o bé una possible situació futura d'interacció amb el teu entorn, que suposi algun conflicte. Pensa a incloure en el teu relat les conseqüències.

Annex 4



Hora del dia	Puntuació	Raons per les quals em vaig sentir d'aquella manera

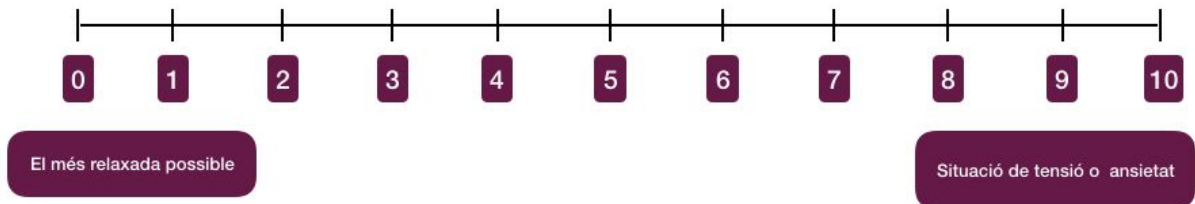
Annex 5

- Tenc una noció general de la implicació que té l'aprenentatge social en l'estat d'ànim negatiu.
- He començat a examinar la qualitat i la quantitat de les meves activitats i relacions diàries així com les meves interpretacions d'aquestes.
- Començ a pensar amb les raons de perquè poques de les meves activitats tenen resultats positius per mi.
- He entès com es registra el meu estat d'ànim i començaré a fer-ho mitjançant la taula proporcionada.

Annex 6

Problema	Importància

Annex 7



Dia i hora	Comentaris/Reaccions	Nivell de relaxació abans	Nivell de relaxació després

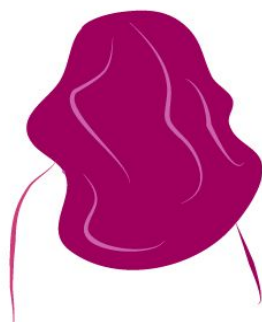
Annex 8

Hi ha **5 passos** preliminars:

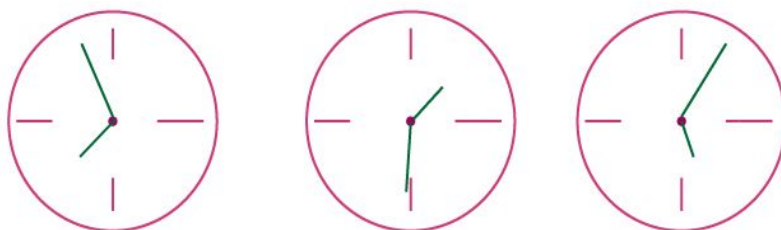
1- Triar un **ambient** tranquil i confortable on tinguis poques distraccions i no puguis ser interrompuda per ningú altre.



Triar un ambient
tranquil i confortable



2- Escollir un **moment** del dia on sàpigues que és menys probable que et molestin i que no passaràs pena pel que has de fer després.



escollir un moment del día

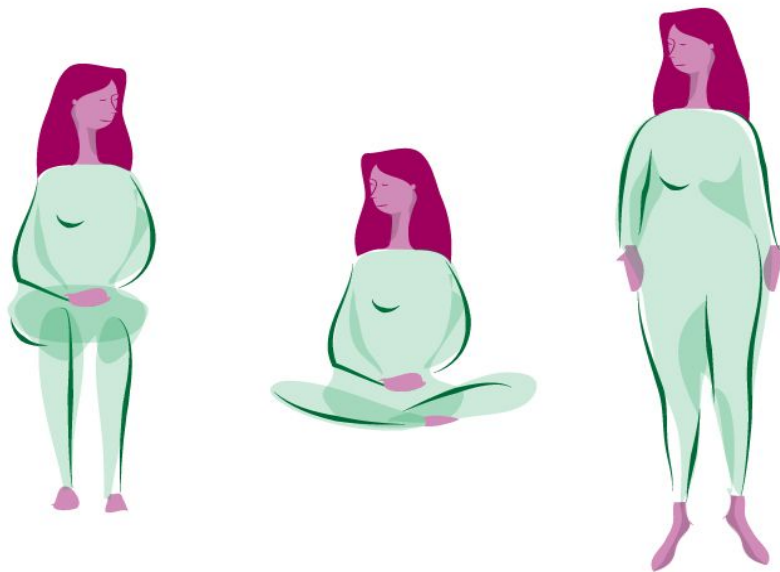
3- Decidir una **paraula o frase** per a repetir, ja sigui en silenci o en veu alta, mentre practiques la teva relaxació. Aquest exercici de repetició és important perquè ajuda a prevenir que els teus pensaments es distreguin durant la sessió.



4- Desenvolupar una **actitud passiva** durant la pràctica. Que no et preocupi fer-ho malament o bé. Tampoc et preocupis si comences a tenir distraccions mentals: a tots ens passa i és difícil mantenir els pensaments en blanc.



5- Elegir una **posició comfortable**. Això és important per a prevenir la tensió muscular. Asseure's en una posició comfortable en el llit o en una butaca potser és la millor opció. No pateixis si t'adorms durant la pràctica: això és una bona senyal, ja que hauràs aconseguit la relaxació, però és impossible practicar mentre estàs adormida. Per tant, es recomana començar les pràctiques en un lloc còmode però intentar no adormir-se.



Aquests són els passos principals. El propi procediment és molt simple. Es divideix en 5 passos:

1- Vés al **lloc** que has escollit.

2- **Tanca** els ulls

3- **Relaxa** els teus músculs tan profundament com puguis. Pots començar pels músculs del peu i anar pujant progressivament cap als músculs de la cara, o també a la inversa.

4- **Respira** tranquil·lament a través del nas. Comença a prendre consciència de la teva respiració. Prova de repetir la paraula o frase que has seleccionat abans, en silenci cap a tu mateixa o en veu alta si ho prefereixes.

5- Contínua entre **10 i 20 minuts**. Obre els ulls i revisa l'hora si ho desitges, però evita programar una alarma.

Es recomana que la pràctica duri uns 10 o 20 minuts, i que es faci una o dues vegades al dia (preferiblement en el mateix lloc i hora).

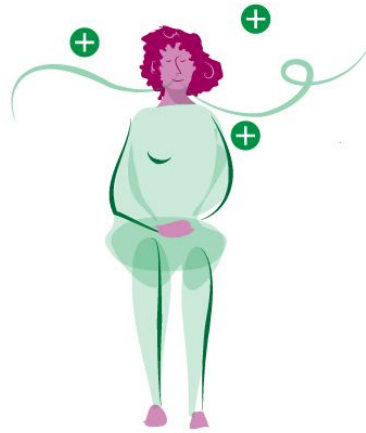
Annex 9

- A través de la taula que m'han proporcionat, jo mateixa registraré aquesta setmana el meu nivell de tensió diari per tal de poder anar avaluant el meu procés.
- Sé identificar el moment diari, el lloc i la situació en la qual estic més relaxada i en la qual hi estic menys.
- He après les passes prèvies per poder dur a terme la relaxació de forma correcte.
- Conec el procediment per relaxar-me seguint les indicacions durant mínim vint minuts.
- Sé que si vull jo mateixa puc seguir relaxant-me cada dia, autònomament i seguint les pautes que he après en aquesta sessió, inclòs aplicar-ho a altres moments en què no estic acostumada.

Annex 10

LLISTAT DE POTENCIALS ACTIVITATS AGRADABLES. (Basat en Pleasant Events Schedule, MacPhillamy i Lewinsohn, 1982, revisat)

Instruccions: A continuació es llegiran una sèrie d'activitats. Si us plau, anoteu en la columna FREQUÈNCIA amb quina freqüència realitza aquesta activitat (mai=0, qualche vegada=1, bastant=2, molt=3, moltíssim=4) i en la columna de GRAT, en quina mesura li agrada (gens=0, una mica=1, bastant=2, molt=3, moltíssim=4). Escriviu tan sols les activitats que hagueu fet o us vengui de gust fer



ACTIVITAT	FREQUÈNCIA	PLAER

1. Anar al camp
2. Fer contribucions a obres religioses, caritatives, etc.
3. Parlar d'esports
4. Conèixer a algú nou
5. Anar a un concert
7. Planificar excursions o vacances
8. Comprar-me coses
9. Anar a la platja, a la piscina
10. Fer treballs artístics (pintura, escultura, dibuix, cinema, etc.)
11. Escalar o fer muntanyisme, piragüisme...
12. Llegir la Bíblia o altres llibres sagrats
13. Jugar al futbol, bàsquet, tennis...
14. Assistir a actes oficials
15. Reordenar o re-decorar la meva habitació o casa
16. Assistir a esdeveniments esportius
17. Llegir un llibre, revista o article de bricolatge
18. Anar a les carreres (de cavalls, de cotxes, regates, etc.)
19. Llegir històries, novel·les, poemes o obres de teatre
20. Anar a un bar, taverna, club, etc.
21. Assistir a conferències
22. Respirar aire pur
23. Compondre o fer cançons musicals
24. Parlar clarament, sense embuts
25. Practicar navegació (de canoa, motor, vela, etc.)
26. Complaure als meus fills/es o altres familiars
27. Restaurar antiguitats,, retocar els mobles, etc.
28. Veure la televisió

29. Anar d'acampada
30. Parlar de política
31. Treballar amb màquines (cotxes, bicicletes, motocicletes, tractors, etc.
32. Planejar per al futur
33. Jugar a les cartes
34. Completar una tasca difícil
35. Riure
36. Resoldre un problema, endevinalla, mots encreuats, etc.
37. Assistir a noces, batejos, comunions, etc.
38. Criticar a algú
39. Afaitar-se
40. Esmorzar amb amics o socis
41. Jugar al tennis
42. Dutxar-se
43. Treballar la fusta, fusteria
44. Escriure històries, novel·les, obres de teatre o poesia
45. Estar amb animals
46. Muntar amb avió
47. Explorar, fer marxes, espeleologia
48. Cantar
49. Parlar amb algú que estimes
50. Treballar

Annex 11

Assertivitat

- L'assertivitat és l'habilitat, l'art o la capacitat d'afirmar-se. Aquesta és la definició senzilla, però l'execució dels valors assertius pot ser molt més complexa. (*Hugues, Kinder i Cooper, 2019*)
- Totes hem estat influenciades per l'assertivitat (o la falta d'aquesta) dels nostres pares i mares, d'altres persones properes com amics i amigues, el professorat... Podries exemplificar el comportament d'una persona assertiva?
- L'assertivitat no és acceptar-ho tot. No és dir *sí* sempre. L'assertivitat és saber expressar el que volem dir sense fer mal a ningú, a través de la tolerància i del respecte.
- **Roleplaying!** Farem parelles, de dues en dues. Representareu davant el grup una escena on s'exposin conductes assertives: una de vosaltres dues vol anar al cinema. L'altra està cansada i prefereix veure el film a casa. A més, demà té una reunió important a la feina i l'ha de preparar. Representa els papers i resoleu el conflicte, tenint en compte possibles problemes que poden sorgir.

Annex 12

- **Què** volem aconseguir:



“ Jo vull aturar-me de pensar de forma negativa”



“ Jo vull pensa d’una forma menys pessimista”



“Jo vull recordar-me 10 vegades al dia que puc canviar la forma de pensar”.

- **Com** ho farem per aconseguir-ho:



“Em recompensaré per pensar que puc canviar el que sento.”



“Em recompensaré immediatament després de pensar que puc canviar el que sento.

Em col·locaré 10 cèntims de la meva cartera en la butxaca esquerra. Totes les monedes que guanyi seran per a gastar com em vengui de gust.”



“Em recompensaré immediatament després de pensar que puc canviar com em sento. Posaré 10 monedes de deu cèntims en la meva bossa cada matí, la qual cosa significa que puc guanyar un euro cada dia si ho penso 10 vegades, amb no menys de 15 minuts de diferència. Amb els diners que guanyi cada setmana, puc comprar-me un dels següents articles: un llibre, una camiseta que m’agradi, un article per la meva col·lecció, maquillatge, anar d’excursió, un massatge...”

- **Escriu** clarament les teves instruccions.
- **Practica** amb les instruccions.
- **Modifica** les autoinstruccions.
- **Incorpora** les autoinstruccions a la teva rutina.
- **Recompesa**’t per haver complert les autoinstruccions.

Annex 13

- He entès el què son les autoinstruccions
- He llegit els tres tipus d'autoinstruccions que es poden plantejar i sé generar les meves pròpies elaboracions.
- He comprès cada una de les passes per aplicar la tècnica a casa
- Duré a terme aquesta tasca la propera setmana, proposant-me tres autoinstruccions per la propera sessió.

Annex 14

CONSENTIMENT INFORMAT

Títol del projecte: Adaptació i aplicació del Curs d'Afrontament de la Depressió de Lewinsohn per a dones víctimes de violència masclista.

Jo, _____, amb la present documentació confirmo que:

- He rebut informació sobre l'estudi.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He parlat amb na _____ i comprenc que la meua participació és voluntària.
- Comprend que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui i sense haver de donar cap explicació.
- Confirm que la meua voluntat és participar en l'estudi i don la meua conformitat perquè les meves dades puguin emprar-se per finalitats de l'estudi i també sóc conscient que aquest consentiment és revocable.

- Signatura de la participant

- Signatura de la investigadora

Data:

Annex 15

Pressupost: despeses del projecte

MATERIAL:

- Dossier per les participants amb els annexos corresponents.
- Es precisa un Quadern de Recollida de Dades (QRD) per cada una de les participants.
- TOTAL: 650€

DESPESES D'EXECUCIÓ:

- Realització d'entrevistes: S'han de fer 3 entrevistes d'avaluació a les 30 pacients. Aquestes entrevistes suposaran un total de 90 entrevistes, d'una hora cada una aproximadament. A un total de 20€/hora, es contempla una despesa de 1.800€ per entrevistes.
- Realització de les sessions: s'espera un total de 14 sessions de dues hores. A 25€/hora. El cost total de les 14 sessions és de 700€.
- TOTAL: 2.500€

8. BIBLIOGRAFIA

Antonuccio, D., Akins, T., Chatham, M., Monagin, A., Tearnan, H. i Ziegler, L. (1984). An exploratory study: the psychoeducational group treatment of drug-refractory unipolar depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 4: 309-313

Bados A., Garcia E. (2014). Resolución de problemas. Departament de Personalitat, Avaluació i tractaments psicològics. Universitat de Barcelona.

Balazs, J., Benazzi, F., Rihmer, Z., Rihmer, A. i Akiskal, H. S. (2006). The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *Journal of affective disorders*, 91.

Bandura, A. (1987). Teoría del aprendizaje social. España: Editorial Espasa Universitaria.
Beltrán, J. i Bueno, J. (1995). Psicología de la educación. España: Editorial Boixareu Universitaria.

Bosch, E., Ferrer V. (2000). La violencia de género: De cuestión privada a problema social *Psychosocial Intervention*, 1. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Madrid, España.

Bosch, E., Ferrer, V. i Alzamora, A., (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género”, *Feminismos*, 6.

Brown, R. A. i Lewinsohn, P. M. (1979). *Coping With Depression work - book*. Eugene, OR: University of Oregon.

Brown, R. A. i Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: comparison of group, individual and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52.

Buchanan, J. L. (2012). Prevention of depression in the college student population: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 21-42.

Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73-99.

Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. En E. G. Fernández-Abascal i M. P. Jiménez Sánchez (Eds.), *Control del Estrés*. Madrid: UNED Ediciones.

Caro, I. (1991). Tratamiento cognitivo/conductual de la depresión: El modelo de Beck. *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.

Cascardi, M. i O'Leary, K D. (1992). Depressive symptomatology, selfesteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7.

Claramunt, M., Toledo, P., Argudo, M., Beltran, R., Garcia, E., Sasayo, S., i Susin, E. (2003). Drets de les dones adolescents davant la violència masclista en les relacions de parella o situacions anàlogues.

Comeche, M. I., Díaz, M. I. i Vallejo, M. A. (1995). Cuestionarios, inventarios y escalas. *Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa TA. (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry

Depression and Other Common Mental Disorders (2017). *Global Health Estimates*. Organización Mundial de la Salud.

Dirección General de Salud Pública y Participación. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Illes Balears. Dirección General de Salud Pública y Participación de les Illes Balears; 2017.

Dobson, K.S. y Jackman-Cram, S. (1966) Common change processes in cognitive behavioral therapies for depression. Londres: Sage.

D’Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2007). Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention (3ª ed.). Nueva York: Springer.

Egea Puerta, M. T. T. (2019). Proyecto de intervención. Protégete contra la violencia de género. IQual. Revista De Género E Igualdad, 2.

Ellis, A. y Lega, L. I. (1993). Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de ideas irracionales sobre sí mismo, otras personas y la vida en general. Psicología Conductual, 1.

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

González R., López M.L., (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave”. Norte de salud mental. Vol. 11, núm. 45: 23-32

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, (2004). 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.

Benson H., (1975). The relaxation Response. New York. Avon Books.

Herman, J. (2004). Trauma y recuperación. Madrid: Espasa Hoy.

Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M. i Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: individual predictors of outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 3: 393-398.

Hughes R., Kinder A., Cooper C.L. (2019) Assertiveness. In: The Wellbeing Workout. Palgrave Macmillan, Cham.

Labrador, F.J., Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12.

Lange, A.J. (1983). Entrenamiento cognitivo-conductual de la asertividad. Manual de terapia racional emotiva.

Law, R. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17.

Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. i Zeiss, A. M. (1978). Control your depression. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J., Antonuccio, D. O. i Teri, L. (1985). A behavioral group therapy approach to the treatment of depression. Nueva York: Plenum

Lewinsohn, P.M. i Graf, M. (1973) Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting*.

Lewinsohn, P.M., Biglan, A. i Zeiss, A.M. (1976) Behavioral treatment of depression. Nueva York: Brunner / Mazel.

León, M. i Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la escala de asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología* , 28.

Lorente Acosta, M. (2003). «Lo normal de lo anormal: raíces y frutos de la violencia contra las mujeres» en Fundación Seminario de Investigación para la Paz (eds.) *Pacificar violencias cotidianas*, Zaragoza, Gobierno de Aragón.

Meichenbaum, D. H., i Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77(2), 115-126.

Monteso-Curto, P., Aguilar, C., Lejeune M., Casado-Marin L., CasanovaGarrigos G., Ferre-Grau C., (2016). Violence and depression in a community sample. *Journal of Clinical Nursing*.

Oh S.S., Kim W., Jang S.I., Park E.C. (2019). The association between intimate partner violence onset and gender-specific depression: A longitudinal study of a nationally representative sample. *J Affect Disord*. May 1;250:79-84. doi: 10.1016/j.jad.2019.02.065.

Prieto M. C., 2014. Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. *Rev. enferm*.

Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España.

Ramos-Brieva J., Cordero A. (1986) Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión.

Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy* 4, 398-406.

Sanz J., Vázquez C., Perdigón A.L. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, ISSN 1130-5274, Vol. 14, Nº. 3. págs. 249-280.

Tamburrino, M., Lynch J., Nagel, R. i Smith, M. K. (2009). Primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD) screening for minor depressive disorder in primary care. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 11(6).

Thompson W., Dick-Siskin, L., Coon, D.W., Powers D. i Gallagher-Thompson D. (2010) Treating Late-Life Depression. Oxford University Press

Villarejo, A. (2005). Agresión a la Mujer como fuente múltiple de depresión. Recuperado de <http://masterforense.com/pdf/2005/2005art4.pdf>

World Health Organization (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization and Clinical Psychology, 41, 261-268.