



SUPERVIVIENTES AL SUICIDIO: CAMBIOS EN EL EJERCICIO FÍSICO Y PROPUESTA PARA SU PROMOCIÓN

(Proyecto de investigación)

Alumna: Laura Iglesias Jiménez

Directora Dra. Sònia Pineda Hernández

Trabajo fin de grado CAFE, 2021-2022

Memoria final

Universidad Tecnocampus Mataró

16-05-2022

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	8
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	10
4.1 Hipótesis:.....	10
4.2 Objetivos:	10
5-METODOLOGÍA	12
5.1 Diseño del estudio.....	12
5.2 Población y muestra.....	12
5.3 Asignación de los individuos a los grupos de estudio	13
5.4 Variables del estudio	13
1.1.1.....	18
5.6 Descripción de la propuesta de intervención	20
5.7 Análisis estadístico	25
5.8 Consideraciones éticas	25
6. CRONOGRAMA.....	26
7. PRESUPUESTO	26
8. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA	29
10. ANEXOS	34
10.1 Anexo I- Cuestionario inicial: Cambios en el EF después de la pérdida	35
10.2 Anexo II: Escala de Ansiedad de Hamilton	38
10.3 Anexo III: Escala de Hamilton para la depresión (HDRS).....	41
10.4 Anexo IV: Escala de culpa SC 35	43
10.5 Anexo V: Cuestionario etapa del duelo.....	44
10.6 Anexo VI:Hoja de información del proyecto para el paciente	45
10.7 Anexo VII: Hoja de consentimiento informado.....	46
10.8 Anexo VIII: Hoja de renuncia	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resumen variables del estudio (fuente propia de la autora).....	14
Tabla 2: Calendario primer mes del proyecto (fuente propia de la autora).....	16
Tabla 3: Leyenda datos tabla 2 (fuente propia de la autora).....	17
Tabla 4 y 5: Descripción características de la propuesta de intervención (Fuente propia de la autora.....	20-21
Tabla 6: Ejemplo de propuesta de sesión de los martes (fuente propia de la autora).....	22
Tabla 7: Ejemplo de propuesta de sesión de los jueves (fuente propia de la autora).....	23
Tabla 8: Presupuesto- gastos de material (fuente propia de la autora)	26
Tabla 9: Presupuesto- gastos de personal y gasto total (fuente propia de la autora).....	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Esquema del proyecto de investigación (fuente propia de la autora).....	15
Figura 2- Calendario anual de excursiones al medio natural (fuente propia de la autora).....	17
Figura 3- Calendario Anual de valoraciones (fuente propia de la autora).....	18
Figura 4- Cuadro resumen del procedimiento del proyecto (figura propia de la autora)	18

1. RESUMEN

Introducción

En el mundo cada 40 segundos una persona se suicida y cada 2 segundos una persona lo intenta. En España el suicidio continúa siendo la principal causa de muerte; del mismo modo que sigue siendo una muerte silenciada e invisible. Se calcula que por cada acto suicida se ven afectadas una media de 6 personas del entorno de la víctima, los supervivientes. Estas entran en un proceso de duelo considerado de los más difíciles de afrontar. El ejercicio físico puede tener beneficios para el bienestar psicológico y la salud física de las personas que están en proceso de duelo pero es necesario el diseño de intervenciones específicas que se adapten a esta población.

Objetivo

El objetivo principal de este proyecto es acompañar en el duelo a personas supervivientes al suicidio a través del diseño de un programa de ejercicio físico y comparar su efectividad respecto a las actividades planteadas desde la entidad DSAS (Después del Suicidio- Asociación de Supervivientes).

Metodología

Se haría a través de un proyecto experimental, donde se reclutarían a 60 supervivientes voluntarios de DSAS y se dividirían en dos grupos. Un grupo sería el grupo experimental que llevaría a cabo el programa de ejercicio físico 2 veces a la semana, y el grupo control realizaría las actividades planteadas por DSAS. Los participantes se asignarían a un grupo u otro de manera aleatoria a través de sobres opacos sellados. El programa tendría una duración total de 12 meses y el resultado de las variables se obtendría a lo largo del estudio y al final de este.

Prospectiva y conclusiones

Se espera que el programa de ejercicio físico disminuya los niveles de ansiedad, depresión y culpa de los supervivientes. Se prevé poder determinar un programa de ejercicio físico de fácil acceso a cualquier superviviente para poder ayudar y acompañar en el duelo, así como una herramienta más a incorporar en las asociaciones y en la sanidad pública para ayudar en el proceso de duelo.

Las **palabras clave** utilizadas en este trabajo han sido: suicidio, supervivientes, duelo y ejercicio físico.

Introduction

In the world every 40 seconds a person commits suicide and every 2 seconds a person tries. In Spain, suicide continues to be the main cause of death; just as it remains a silenced and invisible death. It is estimated that for each suicidal act, an average of 6 people from the victim's environment, the survivors, are affected. These enter into a grieving process considered one of the most difficult to face. Physical exercise can have benefits for the psychological well-being and physical health of people who are in the process of bereavement, but it is necessary to design specific interventions that are adapted to this population.

Research objective

The main objective of this project is to accompany suicide survivors in grief through the design of a physical exercise program and compare its effectiveness with respect to the activities proposed by the DSAS entity (After Suicide-Survivors Association).

Methodology

It would be done through an experimental project, where 60 volunteer survivors of DSAS would be recruited and divided into two groups. One group would be the experimental group that would carry out the physical exercise program twice a week, and the control group would carry out the activities proposed by DSAS. Participants would be randomly assigned to one group or another through sealed opaque envelopes. The program would have a total duration of 12 months and the result of the variables would be obtained throughout the study and at the end of it.

Expected results and conclusions:

The physical exercise program is expected to decrease survivors' levels of anxiety, depression and guilt. It is expected to be able to determine a physical exercise program that is easily accessible to any survivor in order to help and accompany them in mourning, as well as one more tool to incorporate into associations and public health to help in the mourning process.

Keywords:

The keywords used in this work have been: suicide, survivors, grief, and physical exercise.

2. INTRODUCCIÓN

El problema del suicidio es abordado desde la Grecia antigua, por Aristóteles y Platón, quiénes lo condenan. La persona que se suicidaba era duramente castigada en aquella época, se consideraba el suicidio un delito, los entierros eran aislados y los cadáveres eran mutilados (Amador, 2015).

Al inicio del Imperio Romano continuaron las ideas anti-suicidas de Aristóteles y Platón; sin embargo, es más tarde cuando hubieron algunas variaciones sobre el concepto y su penalización. Para Tondo (2000) "el suicidio no era extraño, y a veces se consideraba honorable entre los líderes cívicos e intelectuales"(Amador, 2015).

En la edad media se cree que se siguieron los conceptos e ideas grecorromanas donde castigaban al suicida; no obstante, la documentación es escasa (Amador, 2015).

Es en los Códigos Napoleónicos durante la Revolución Francesa que ya no se muestra penalización respecto al suicidio, gracias a la influencia de la intelectualidad francesa en el Renacimiento (Amador, 2015).

Hubo una nueva estigmatización del suicidio en los siglos XVII y XVIII, recuperaron de nuevo los conceptos de *non compomentis* y *felo de se* (el ultimo una mente sana, el primero no). La aristocracia había llegado a considerar el suicidio vergonzoso y propio de la gente más humilde y pobre (Amador, 2015).

El suicidio se empezó a abordar, tanto médicamente como biológicamente, en la época contemporánea, cuando se consideró una enfermedad mental. Scheiderman es el padre de la suicidiología moderna, él afirmaba que someter el suicidio a la depresión era el peor juego de manos al cual podía reducirse el acto suicida. A partir de aquí, empezaron a ser conscientes de su complejidad, y se despertó el interés en este tema, siendo conscientes de la necesidad de hacer un buen diagnóstico y tratamiento (Amador, 2015).

Desde una perspectiva general, el duelo se puede dividir en 7 etapas. Negación: la persona se dice a sí misma que lo ocurrido no es verdad. Confusión: la persona se cuestiona, piensa en lo que hizo y todo se distorsiona. Ira: todo lo anterior va a desembocar en un sentimiento de mucha rabia porque el ser querido se ha ido, porque es injusto y la persona acaba, incluso, culpándose a sí misma. Dolor y culpa: la culpa invade pensando en que hacía mucho tiempo que no se visitaba a la persona fallecida, y que quedaron muchas cosas pendientes por decirle. Tristeza: es una etapa delicada que si no se cuida puede acabar en depresión, es vital que se

entienda que es normal sentirse mal por la pérdida sufrida, que hay que permitirse sentir dolor. Aceptación: se comienza a aceptar que esa persona se ha ido, se nota el vacío, se entiende que no va a regresar, y aunque sigue siendo muy doloroso, es más real la situación. Restablecimiento: con la realidad enfrente, se necesita tomar acciones que pasan por cambios en las rutinas, buscar actividades que ocupen el tiempo, pensar en lo que gustaría hacer para sentirse pleno y bien consigo mismo, no hay que olvidar el derecho a seguir viviendo y ser feliz. No todo el mundo pasa por todas ellas, ni de igual manera (Nancy O'Connor, 2007), no todos los procesos del duelo siguen el mismo curso ni las mismas fases. Es importante conocer diferentes factores de la persona que lo sufre como son: la personalidad, la edad, el sexo, los antecedentes de duelos en el pasado, que vínculo tenía con la persona fallecida y la causa de muerte, si ha sido esperada, repentina o anticipada (Gómez, 2017).

En referencia al duelo por suicidio se pueden diferenciar 3 bloques (Germán 2020). En primer lugar, “el día del suceso”: lo más común es el bloqueo emocional y el estado de shock (no poder llorar, no poder sentir dolor...), incredulidad, ansiedad, incompreensión, negación de lo que ha pasado, rabia, enfado, frustración, culpa, dolor, miedo, soledad, pena, vergüenza, trastornos del sueño o de la alimentación... Además, en ocasiones hay llantos y gritos. Entre todos ellos, una de las características que distingue este tipo de duelo respecto al duelo general es el sentimiento de culpa; la sensación de no haber estado suficientemente atento/a a lo que sucedía, provocada, en gran parte, por la estigmatización social. En segundo lugar “los primeros momentos”: se buscan los “porqués y el “¿y si?”, es costoso aceptar que nunca se sabrá los verdaderos motivos que lo o la llevaron a hacerlo. En tercer lugar, “pasado un tiempo”: se empiezan a rectificar algunos pensamientos erróneos, se entiende que no existe una única respuesta (según los expertos el suicidio es multifactorial), aparece la hipersensibilidad y afloran otros miedos (“¿podría ocurrir algo más? Y si así fuera, ¿podría yo resistir otra desgracia?”). Y cuando empiezan a sentirse mejor piensan: “¿volver a disfrutar de la vida es olvidar?”, “no quiero olvidarle”, “¿significa que lo estoy olvidando?” (Culpa)(Germán, 2020).

Para superar una etapa tan compleja como es el duelo es importante educar a aquellas personas que están en proceso de duelo en el uso de modalidades alternativas complementarias (CAM); por ejemplo, caminar. Es un momento que puede servir para la auto reflexión mientras se realiza el propio ejercicio; una manera de distraerse y de percibir una sensación de control y bienestar, también causada por la liberación de endorfinas (Perraton et al., 2010). Asimismo, también se recomienda, como estrategia para promover la salud mental,

integrar programas de actividad física y alimentación saludable (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Siguiendo esta línea, se han realizado diversas intervenciones en diferentes grupos de personas en duelo, una de ellas fué un estudio del efecto de la actividad física con madres que habían tenido una pérdida perinatal repentina. En el estudio participaron madres que habían sufrido la muerte en el último año, concretamente el 40% de ellas había sido en los últimos 3 meses. Se encontró que aquellas madres que participaron en yoga, caminar o trotar tuvieron menos síntomas de depresión que aquellas que no hicieron nada de actividad física. La práctica de actividad física les hizo sentirse mejor mental y emocionalmente y se convirtió para ellas en una forma de encontrarse consigo mismas (Huberty et al., 2014).

También, otra intervención se realizó a un grupo de mujeres que estaban en duelo por la muerte de su pareja con ejercicios de respiración y estiramiento llamados Dan-Jeon. Se realizaron 10 sesiones de 2 horas (20' de calentamiento con ejercicios de estiramientos, 30' de respiración y 10' de estiramientos de vuelta a la calma). Este programa de práctica meditativa se realizaba acompañada de una actividad grupal de autoayuda y un control de salud. El grupo experimental obtuvo menores niveles de estrés y de duelo respecto al grupo control que solo recibió un control de salud (Kang et al., 2007).

Con jóvenes que han perdido a su madre o padre y están en duelo, se realizó un estudio para determinar la relación que hay entre las actividades físicas al aire libre y el proceso de duelo. La intervención consistió en ir los fines de semana con otros niños o niñas que están en la misma situación, a diferentes casas de colonias y realizar un campamento con diferentes actividades recreativas. Con las diferentes actividades se buscaba que la niña o el niño expresara sus emociones, recordara a la persona que ha muerto, y desarrollara una gama de estrategias de afrontamiento. Algunas de las actividades que se plantearon fueron: escalada, tiro con arco, caminatas nocturnas por el bosque, navegar, ciclismo, correr... Durante la intervención los datos se recogieron con entrevistas y sobre todo a través de la observación de los participantes, además de realizarles videos y fotografías (Brewer y Sparkes, 2011). Cuando terminó la intervención lo que la mayoría afirmaba es que se habían sentido libres, que había sido divertido y habían podido desconectar un poco de la realidad. Realizar actividades al aire libre les había permitido huir de la adversidad, tener una visión más amplia del espacio físico lo cual generaba un espacio más amplio en su interior y les facilitaba explorar y expresar sus emociones. El estudio concluye diciendo que con el movimiento es más fácil reducir la ansiedad y es menos costoso expresarse, es por esto que en un proceso de duelo los

profesionales deberían incorporar la actividad física y el entorno natural a la sesiones terapéuticas convencionales para sobrellevar mejor el duelo (Brewer y Sparkes, 2011).

Centrándonos en los supervivientes al suicidio se han realizado diferentes intervenciones a nivel psicológico. Munera (2013) realizó una propuesta de intervención de 10 sesiones para familiares y profesionales (grupos de 10) que giraba en torno a la formación de grupos de apoyo terapéuticos, desde una perspectiva cognitiva-conductual. Se trabajó encontrando la comunicación a través del diálogo y con el fin de: mejorar la sintomatología depresiva, ver el duelo como una experiencia vital de la que se puede salir, mejorar las relaciones socio-laborales y familiares, informar y formar sobre el suicidio.... Los temas que se trabajaron en las sesiones fueron: el antes y después de la muerte, las visitas al cementerio, el “yo” como víctima, el miedo a mejorar...

Siguiendo esta línea de intervención conductual, Romero (2018) llevó a cabo un programa centrado en las Terapias de la Tercera Generación (terapias contextuales, parten del conductismo radical); entre ellas, la Terapia de Aceptación y compromiso. Esta intervención tenía como objetivo analizar los elementos comunes de los supervivientes, eliminar los mitos del proceso del duelo, impulsar un estilo de vida saludable, y que los supervivientes aceptaran sus pensamientos y tuviesen compromiso con los valores personales.

Por su parte, García (2013) propuso una intervención en familias supervivientes al suicidio desde una perspectiva de resiliencia, que los supervivientes fuesen capaces de enfrentarse a esta adversidad sobreponiéndose y saliendo más fuertes de la experiencia. Después de realizar este programa las familias le otorgaron al dolor un sentido distinto al del sufrimiento, direccionándolo hacia la resiliencia, afrontaron la muerte del familiar generando cambios desde la raíz (García et al., 2013).

Por otro lado, desde una perspectiva física, a día de hoy, uno de los métodos que se han utilizado con enfoque terapéutico para trabajar el proceso del duelo en supervivientes al suicidio es el yoga traumático. Este tiene como foco de atención que el duelo no es nada patológico, sino que es un estado natural, un proceso terapéutico dónde se crea un espacio seguro y sagrado para procesar sensaciones, pensamientos y emociones. Los supervivientes que participaron en la intervención y realizaron el yoga como terapia mostraron mejoras significativas en vitalidad y estados positivos y, en general, se sentían con más satisfacción en la vida (Philbin, 2009).

Continuando con los métodos de actividad física, el Ministerio de Sanidad redactó una guía con algunas recomendaciones para supervivientes al suicidio, y entre ellas está la de realizar

ejercicio aeróbico. Otras recomendaciones son: respetar las horas de sueño, usar técnicas de relajación, no abusar de fármacos ni drogas, no sentirse culpable... entre otras. Esta guía destaca que es muy importante, antes de empezar cualquier intervención con familiares y allegados a una persona que se ha suicidado, contextualizar muy bien la estrategia de intervención y conocer muy bien a la persona implicada: necesidades, parentesco con la víctima y expectativas. Además, es muy importante ofrecer una atención flexible y adaptada a las necesidades de cada persona tan pronto como sea posible (Alvarez et al., 2012).

Asimismo, en otra intervención concluyeron que cualquier formato que reúna a los y las supervivientes en grupo y que estuviera dirigido por un profesional era beneficioso. Las sesiones que plantearon eran de 1 hora y media, un grupo estaba centrado en el proceso del duelo y el otro en actividades sociales. Al finalizarlo, ambos grupos tuvieron una mejora significativa en la depresión, la angustia, el duelo y las actividades sociales (Andriessen, 2009).

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El suicidio tiene incidencia en todos los países del mundo, es un problema de salud pública global, sobre todo en aquellos de ingresos bajos (Organización Mundial de la Salud, 2018). En todo el mundo se producen cada año alrededor de 800.000 muertes por suicidio, eso quiere decir que cada 40 segundos una persona muere y cada 2 segundos otra persona lo intenta (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En España, en 2019, hubo 3671 muertes por suicidio, de las cuales el 75% eran hombres y el 25% mujeres, según datos del Instituto Nacional de Estadística. Actualmente en España el suicidio continúa siendo la principal causa de muerte por delante de ahogos o accidentes de tráfico (Instituto Nacional de Estadística, 2019). En Cataluña, en el último año se suicidaron 504 personas (según datos del INE, 2021).

Aun así, a día de hoy las muertes por suicidio continúan siendo muertes silenciadas e invisibles. Una muerte por suicidio conlleva el dolor y el sufrimiento de muchas personas; se calcula que por cada acto suicida se ven afectadas una media de 6 personas del entorno de la víctima, los supervivientes. El duelo por suicidio es uno de los más difíciles de afrontar, muchas veces requiere de ayuda psicológica (Ancinas, 2014).

Desde 2010, el suicidio se visibilizó desde un plano preventivo, con la intención de cambiar la perspectiva adoptada que mantuvo el suicidio como un tema tabú (Organización Mundial de la Salud, [s.f] 2018).

Tal es el aumento de la preocupación sobre el tema, que en Barcelona, en 2012, se formó una entidad sin ánimo de lucro llamada DSAS (Después del Suicidio- Asociación de Supervivientes). Es una asociación que genera un espacio de confianza a los supervivientes a la muerte por suicidio, y les ayuda a hablar de las terribles consecuencias de la pérdida, dándole soporte en el proceso de duelo. Todo ello se hace a través del diálogo, charlas, conferencias, grupos de soporte y acogida (Después del Suicidio- Asociación de Supervivientes, [s.f], 2022).

Existe cierta evidencia de que el ejercicio físico puede brindar beneficios para el bienestar psicológico y la salud física de las personas que han sufrido un duelo (Zorro, 1999), pero se necesita más investigación para explorar los beneficios de la actividad física en esta población. En particular, existe la necesidad de intervenciones bien diseñadas que se adapten a actividades específicas, poblaciones y resultados del duelo (Williams et al., 2021).

Tras lo expuesto anteriormente y revisada la literatura existente, frente a la falta de estudios que analicen los efectos del ejercicio físico en el entorno de las personas que se han suicidado,

resulta evidente la necesidad de impulsar programas especializados en esta población. De esta manera, el presente trabajo presenta una propuesta de intervención a través del ejercicio físico para supervivientes al suicidio buscando acompañarlos en el proceso de duelo.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1 Hipótesis:

Hipótesis general: Los supervivientes que realicen el programa de ejercicio físico se sentirán más acompañados en el duelo.

Hipótesis específicas:

- Los supervivientes al suicidio habrán disminuido la frecuencia de ejercicio físico en las primeras etapas del duelo.
- Los supervivientes que han realizado ejercicio físico de manera regular antes de la pérdida tendrán mayores facilidades para realizar el programa y establecer los hábitos de ejercicio físico.
- Los supervivientes del grupo experimental verán disminuidos los niveles de ansiedad, culpabilidad y depresión respecto al grupo control.
- Los supervivientes que se encuentren entre los 25 y 30 años participarán activamente de las actividades grupales y tendrán mayor predisposición.
- Los supervivientes que la pérdida haya sido un hijo o hija les resultará más costoso realizar el programa y disminuir el sentimiento de culpabilidad.
- Los participantes que realicen el programa de ejercicio físico tendrán menor riesgo de sufrir depresión, ansiedad y disminuirá el sentimiento de culpabilidad.

4.2 Objetivos:

Objetivo general: Diseñar un programa de ejercicio físico para acompañar en el duelo a las personas supervivientes al suicidio.

Objetivos específicos:

- Analizar los cambios que se producen después de la pérdida en los hábitos de ejercicio físico.
- Establecer hábitos de vida cotidianos de ejercicio físico en supervivientes al suicidio.
- Valorar las diferencias que se obtienen en los niveles de ansiedad, culpabilidad y depresión entre los dos grupos, el control y el experimental.

- Estudiar las diferencias según la edad de los supervivientes que se establecen después de realizar el programa de ejercicio físico.
- Analizar la respuesta que se tiene al programa en función de la relación que existe con el fallecido o fallecida.
- Prevenir el riesgo de padecer depresión.
- Disminuir la ansiedad.
- Reducir el sentimiento de culpabilidad

5-METODOLOGÍA

5.1 Diseño del estudio

Es un estudio analítico, longitudinal y experimental basado en un proyecto de investigación. Realizado entre el enero de 2022 y el junio de 2022 en la Escuela Superior de Ciencias de la Salud del Tecnocampus Mataró-Maresme.

5.2 Población y muestra

Este estudio va dirigido a 60 personas supervivientes al suicidio de entre 25-40 años. La muestra será de 30 hombres y de 30 mujeres. Se calcularía esta muestra con la ayuda de la calculadora del software GRANMO. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral. Asumiendo que la desviación estándar común es de 2, y estimando una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

Los criterios de inclusión serían los siguientes:

- Presentar la hoja de consentimiento informado firmada y aceptar participar en la investigación
- Haber sufrido una pérdida por suicidio de una persona próxima (hijo/hija, padre/madre, hermano/hermana, mujer/marido, amigo/amiga)
- Estar en proceso de duelo por la pérdida.
- Tener entre 25-40 años.
- Tener disponibilidad para realizar las sesiones de entrenamiento
- Comprender el castellano.

Los criterios de exclusión serían los siguientes:

- No querer participar en el estudio.
- Padecer patologías contraindicadas para el protocolo del programa de ejercicio físico, tanto metabólicas, cardiopulmonares o músculo-esqueléticas.
- Presentar trastornos mentales.
- Sufrir la pérdida por otra causa, que no es suicidio.

5.3 Asignación de los individuos a los grupos de estudio

Se reclutaría una muestra de 60 personas voluntarias de la entidad DSAS de Barcelona. Estos supervivientes al suicidio serían divididos el primer día de manera aleatoria en dos grupos, uno experimental y uno control. En cada uno de los grupos habría 15 mujeres y 15 hombres, y así quedarían los grupos homogéneos. Los individuos se asignarían a un grupo u otro de manera aleatoria con sobres opacos sellados.

5.4 Variables del estudio

Las variables del estudio serían:

- Ejercicio físico previo a la pérdida
- Edad
- Relación que existe con el fallecido o fallecida.
- Etapa del duelo en la que se encuentra
- Ansiedad
- Depresión
- Sentimiento de culpa

Los instrumentos de valoración que se utilizarían se presentan a continuación:

- Escala de Hamilton¹: está constituido por diversas categorías que exploran la ansiedad y la tensión. Formado por 14 preguntas con 5 posibles respuestas cada una de ellas. (Domínguez et al., 2012). El resultado final podría ser:
 - entre 18 y 25 puntos: ansiedad leve
 - entre 25 y 30 puntos: ansiedad moderada
 - Por encima de 30 puntos: ansiedad severa.
- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)²: es una escala que permite evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Consta de 17 preguntas, que evalúan el estado de ánimo, sentimiento de

¹ 10.2 Anexo II

² 10.3 Anexo III

culpa, inhibición, presencia de ideas suicidas, insomnio, y otros síntomas psicósomáticos(Dominguez et al., 2012).El resultado final podría ser:

- Por debajo de 8: ausencia de depresión
 - Entre 8 y 14: depresión menor o leve
 - Valores entre 14 y 18: depresión moderada
 - Entre 19 y 22 depresión severa
 - Por encima de 22: depresión muy severa
- Escala de culpa SC 35³: es una escala que consta de 35 ítems, puntuados del 1 al 5. Se evalúa especialmente la facilidad a sentir culpa (Santandreu, Ferrer, 2014). En función del resultado obtenido se puede valorar el grado de sentimiento de culpa:
 - Menos de 40 puntos: sentimiento de culpa escaso.
 - Entre 40-69 puntos: poca tendencia a experimentar sentimiento de culpa.
 - Entre 70-99 puntos: sentimiento de culpa normal.
 - Entre 100 y 120 puntos: tendencia a culparse más de lo debido.
 - Más de 120 puntos: sentimiento de culpa excesivo.
 - Más de 140 puntos: sentimiento de culpa totalmente agobiante.
 - Cuestionario inicial descriptivo⁴: la edad, la relación con el fallecido o fallecida y los cambios en el ejercicio físico después del suceso se les preguntaría a través de este cuestionario que consta de 11 preguntas (Ver en Anexos 10.6).
 - Cuestionario etapas del duelo⁵: para saber en qué etapa del duelo se encuentra el participante se le pasaría semanalmente el cuestionario que consta de 7 posibles respuestas.

³ 10.3 Anexo III

⁴ 10.4 Anexo IV

⁵ 10.5 Anexo V

VARIABLES DEL ESTUDIO		
Variables	Instrumento de valoración	Momento de valoración
EF previo a la pérdida	Cuestionario inicial descriptivo (fuente propia de la autora)	10 de enero
Edad		
Relación que existe con el fallecido o fallecida		
Etapas del duelo	Cuestionario etapas del duelo (fuente propia de la autora)	10 de enero y semanalmente
Ansiedad	Escala de Hamilton	12 de enero y cada 10 semanas
Depresión	Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
Sentimiento de culpa	Escala de culpa SC 35	

Tabla 1: resumen variables del estudio (fuente propia de la autora)

5.5 Procedimiento

El proyecto de investigación se llevaría a cabo con miembros de la entidad de supervivientes al suicidio de Barcelona (DSAS) que quisieran participar de manera voluntaria. Los responsables del estudio se pondrían en contacto con la entidad a través del mail: info@despresdelsuicidi.org (DSAS, 2022), donde se le explicaría a la presidenta de la entidad y a su equipo en qué consistía la propuesta de intervención, los objetivos y la metodología.

Una vez la entidad aceptara poder realizar el proyecto con ellos, se mandaría un mail a todos los supervivientes miembros de la entidad explicando y dando la opción a participar de manera voluntaria.

En el momento que se tuviera la lista con los y las 60 voluntarios/as, se empezaría la propuesta de intervención. Ésta sería un programa de investigación que constaría de un cuestionario inicial descriptivo y un programa de ejercicio físico que incluiría actividades en el medio natural.

El programa de ejercicio físico tendría una duración total de 12 meses y se plantearían 2 sesiones semanales: una los martes y otra los jueves guiadas por un entrenador o entrenadora (Andriessen, 2009).

Las sesiones se llevarían a cabo al aire libre, en zonas públicas de Barcelona, concretamente en: el “Parc del Poblenou” junto al mar (martes), y en el “Parc Central del Poblenou” (jueves). Se realizarían al aire libre, porque como dice Brewer y Sparkes (2011), el participante se siente más libre y le resulta más fácil expresar sus emociones.

El primer día (martes 10 de enero) se les explicaría a los participantes en qué consiste el programa, los protocolos a seguir y se les entregaría la hoja de información del proyecto⁶. Una vez entendida toda la información, los participantes deberían aceptar y firmar la hoja de consentimiento informado⁷. A continuación, realizarían el cuestionario inicial para saber las características de los y las participantes, y saber los cambios que han experimentado en cuanto a ejercicio físico después del suceso.

El siguiente día (jueves 12 de enero), se empezaría realizando los cuestionarios de: etapa en el duelo, estado depresivo, estado de ansiedad y sentimiento de culpa. Al terminar se dividiría el grupo en dos subgrupos: un grupo experimental con 30 participantes y un grupo control con 30 participantes (Tabla 2).

⁶ 10.6 Anexo VI

⁷ 10.7 Anexo VII

El grupo experimental realizaría un programa de ejercicio físico, en cambio, el grupo control seguiría con las actividades que plantea la asociación para dar soporte al duelo por suicidio (figura 1). Estas actividades consistirían en grupos de apoyo. Los grupos de apoyo serían reuniones periódicas dirigidas por otros/as supervivientes que ya han superado el proceso de duelo, donde ofrecerían apoyo psicoemocional a personas y familias que han sufrido la pérdida de un ser querido por suicidio, compartiendo su experiencia con otras personas que están en la misma situación familiar intentando lograr una reconstrucción emocional y anímica (DSAS, 2022).



Figura 1- Esquema del proyecto de investigación (fuente propia de la autora)

Las próximas dos semanas el entrenador o entrenadora debería citarse con cada uno de los participantes al programa de manera individualizada, para poder explicarle más detalladamente y conocerlos más: observar su estado, sus inquietudes, sus objetivos... (Riello y Carbone, 2014).

El martes 31 de enero sería el día que se iniciarían las sesiones de entrenamiento semanalmente. Al tratarse de sesiones al aire libre no se requeriría de instalaciones para poder realizar el estudio. El material necesario serían: cinco TRX, diez esterillas y tres pelotas. Por lo que hace a personal sería necesaria la ayuda de 2 graduados en ciencias de la actividad física y el deporte y un graduado en estadística.

ENERO						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Tabla 2: Calendario primer mes del proyecto (fuente propia de la autora)

	Día de explicación e información del programa, firma de hoja de consentimiento informado.
	Realizar cuestionario inicial de cambios en el ejercicio físico después del suceso y de etapa en el duelo.
	Realizar cuestionarios de: depresión, ansiedad y culpa
	Reuniones individualizadas con los y las participantes
	Inicio de las sesiones de entrenamiento

Tabla 3: Leyenda datos tabla 2 (fuente propia de la autora)

Aparte de realizar dos sesiones semanales de ejercicio físico, se haría 1 excursión al medio natural cada 6 semanas en grupo. En estas excursiones se realizaría senderismo en diferentes lugares. La duración máxima de estas excursiones sería de 3 horas. Al realizar actividad al aire libre, senderismo, se busca el equilibrio entre lo psicológico y lo afectivo del ser humano (Jiménez et al., 2013). Además, se harían dos salidas de actividad temática (Brewer y Sparkes, 2011). En el siguiente calendario (figura 2) se muestran las excursiones marcadas en círculo verde:



Figura 2- calendario anual de excursiones al medio natural (fuente propia de la autora)

Durante el proyecto, se preguntaría semanalmente a los participantes a través del cuestionario⁸, en qué etapa del duelo se encontrarían, además se realizarían 5 días de valoraciones (cada 10 semanas); donde se pasarían los cuestionarios de culpa, depresión y ansiedad. A continuación, se muestra en el calendario las fechas (figura 3):

⁸ 10.5 Anexo V



Figura 3- Calendario Anual de valoraciones (fuente propia de la autora)

Una vez terminado el estudio el día 4 de diciembre, los y las participantes de ambos grupos tendrán que volver a pasar los cuestionarios para realizar las valoraciones finales y evaluar los resultados de las diferentes variables del estudio y así se podrían registrar y comparar los resultados obtenidos.

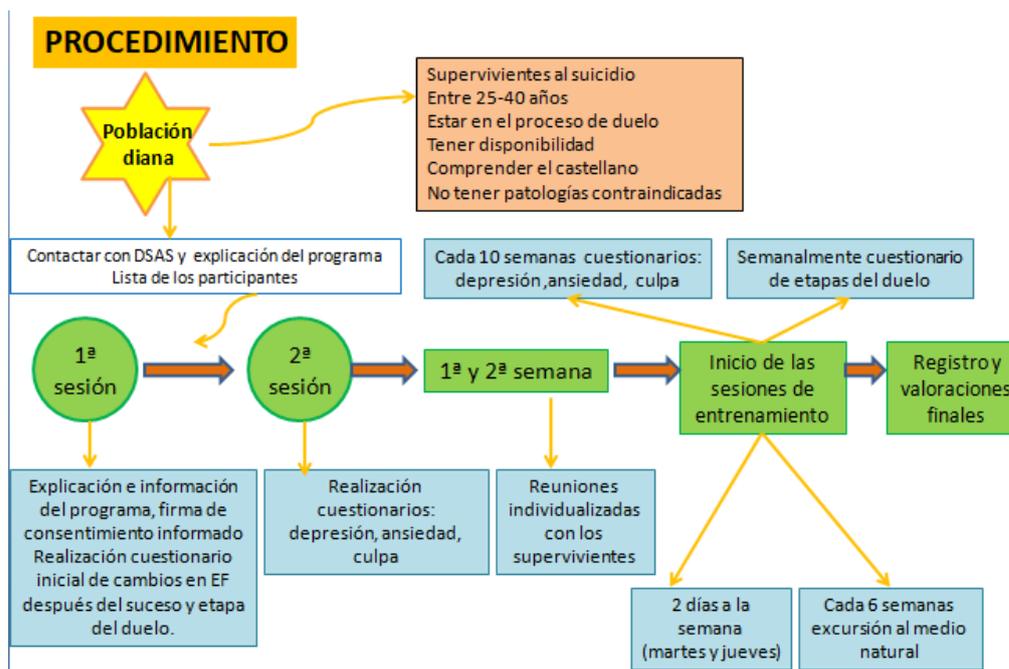


Figura 4- Cuadro resumen del procedimiento del proyecto (figura propia de la autora)

5.6 Descripción de la propuesta de intervención

A continuación se muestra las características que tendrían la propuesta de intervención, y dos posibles ejemplos de sesión que se realizarían en esta.

.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

		Descripción
PROGRAMA	Duración	12 meses (Latiegui, 1999) (Calvo et al., 1997)
	Objetivo general	Acompañar en el duelo a los supervivientes
	Objetivos específicos	Mejorar el estado anímico Disminuir la depresión, la ansiedad y el sentimiento de culpa Mantener activo al superviviente Crear un espacio agradable Aumentar la fuerza muscular de extremidades superiores, inferiores y core
SESIONES	Duración:	50' (Pollock et al., 1998)
	Numero total	88
	Numero semanal y distribución	2 (Pollock et al., 1998). Los dos días se haría un entrenamiento global, pero estaría enfocado así: martes: trabajo de tronco superior jueves: trabajo de tronco inferior
	Numero de participantes	10 supervivientes (Riello y Carbone, 2014).
	Metodología	Entrenador/a: explicaría el objetivo de la sesión, el material necesario, los ejercicios a realizar con el tiempo y la técnica adecuada en cada uno de ellos y corregiría los errores del participante si es necesario.
		Superviviente: realizaría los ejercicios planteados siguiendo las instrucciones del entrenador/a y corregiría si es necesaria la ejecución.
Material (Kosmata, 2014)	En grupo o parejas: en la parte principal habría 2 bloques: el trabajo con material y el trabajo con el propio cuerpo. Mientras un compañero realizara los ejercicios con material el otro descansaría; y en el momento de trabajar con el propio cuerpo lo realizarían los dos a la vez (Andriessen, 2009) (Riello y Carbone, 2014). 5 TRX: trabajo funcional que implicaría el uso del peso corporal del sujeto como resistencia, lo cual permitiría trabajar el equilibrio, la fuerza y la agilidad. 10 Esterillas 3 Pelotas	

Tabla 4: Descripción características de la propuesta de intervención

	Intensidad	Moderada, 70% de la FC max, o en algún caso que no fuese posible, se haría por debajo de estos valores (Devis, Peiró, 1992).
	Estructura (Calvo et al.,1997)	Calentamiento 10': aumentarían la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y respiratoria, y la circulación sanguínea.
		Parte principal 30': trabajarían los diferentes grupos musculares que toque en la sesión con la ayuda del material, realizando los diferentes ejercicios de manera individual, en pareja o en ocasiones en grupo.
		Vuelta a la calma 10': bajarían pulsaciones a través de ejercicios de equilibrio y estiramientos suaves.
	Tipos de ejercicios (Pollock et al., 1998)	Fuerza muscular de extremidad superior i extremidad inferior Resistencia cardiorespiratoria Equilibrio Coordinación ROM: ejercicios de flexibilidad, realizando estiramientos manteniendo la posición durante 30"
	Numero de ejercicios	Entre 8 y 10 ejercicios de fuerza (Enric Subirats et al.,2012)
	Numero de repeticiones	Entre 8 y 12 (Enric Subirats et al.,2012)
	Tiempo de descanso	1 minuto entre series, 2 minutos entre ejercicios
EXCURSIONES	11-feb	Carretera de les aigües- empezarian desde Collserola
	25-mar	La Mola- empezarian desde Can Robert
	17-jun	Ruta reserva Natural del Montseny
	09-sep	Ruta en el Parque Natural del Garraf
	21-oct	Montserrat: ruta del Camino del Serrat delsGatells
	02-dic	Ruta Castell de Burriac
	06-may	Rafting en Llavorsí
	29-jul	Ruta en bicicleta por el paseo marítimo de Barcelona
VALORACIONES	5 veces (cada 10 semanas)	Cuestionario inicial descriptivo
		Escala de Hamilton
		Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS):
		ssss

Tabla 5: Descripción características de la propuesta de intervención

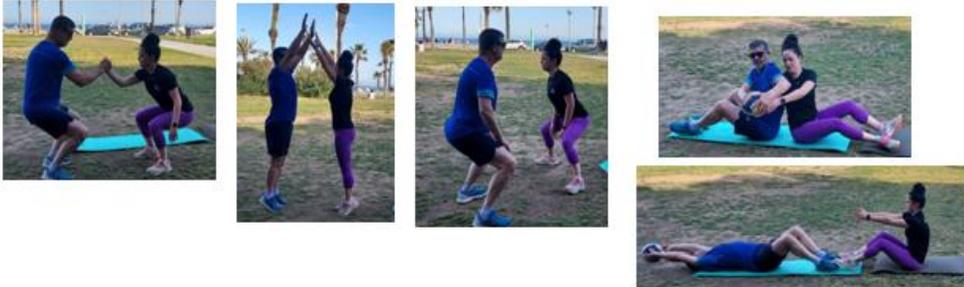
EJEMPLO DE PROPUESTA DE SESIÓN (martes)			
	Duración	Descripción	Imagen
Calentamiento (10')	3'	Movimientos balísticos y articulares de EESS e EIII- de caudal a craneal (tobillo, rodilla, cadera, muñecas y codos, hombro, cuello)	
	7'	Carrera de relevos: se dividiría el grupo en 2 equipos de 5 personas. Realizando relevos los jugadores se pasarían la pelota que llevan entre las piernas una vez realizada la distancia del punto A al punto B. Ganaría el equipo que todos los miembros del equipo realice antes dicha distancia.	
Parte principal (30')	2x 10 rep	<p>EJERCICIOS INDIVIDUALES:</p> <p>Tracción de pecho en TRX: en BP cogiendo la TRX con los brazos en extensión, y las palmas de las muñecas en pronación completa (mirando las palmas hacia el suelo) las piernas en extensión completa, y manteniendo el cuerpo en bloque en todo el movimiento, realizar una flexión de brazos llevando las manos a la altura de la cara, sin bajar los codos de la altura de los hombros.</p> <p>Remo invertido en TRX: en BP cogiendo la TRX con los brazos en extensión, las piernas en extensión completa, y manteniendo el cuerpo en bloque en todo el movimiento, realizar una flexión de brazos llevando los codos hacia la parte posterior de la espalda.</p> <p>Tríceps en TRX: en BP cogiendo la TRX con los brazos en extensión pegados al cuerpo. Con las rodillas semiflexionadas se realiza una flexión-extensión de codos, manteniendo el abdomen activado y los codos pegados al cuerpo.</p> <p>Curul de bíceps en TRX: en BP cogiendo la TRX con los brazos en extensión pegados al cuerpo, las piernas en extensión completa, y manteniendo el cuerpo en bloque en todo el movimiento, realizar una flexión de brazos, acercando la barbilla a los agarres de la TRX, dejando los codos pegados a lado y lado del cuerpo.</p>	
		<p>EJERCICIOS EN PAREJA</p> <p>Sentadilla: uno enfrente del otro. Al realizar el squat se cogen de la mano contraria.</p> <p>Sentadilla sumo lateral: uno enfrente del otro. Realizar sentadilla con desplazamiento lateral y cuando vuelven a la posición inicial chocar las dos manos con el compañero además de despegar los talones del suelo.</p> <p>Abdominales con torsión: sentados espalda contra espalda, pasarse la pelota de un lado a otro.</p> <p>Crunch con pelota: uno enfrente del otro pasándose la pelota</p> <p>Juego de los 10 pases (10'): se divide el grupo en 2 equipos de 5 personas. Los miembros de cada equipo se tendrán que ir pasando la pelota sin que caiga al suelo, con el objetivo de hacer 10 pases seguidos sin que el rival la intercepte.</p>	
Vuelta a la calma (10')		<p>Ejercicios de equilibrio: en BP, aguantar sobre las puntas de los pies durante 10", añadiendo la elevación de brazos de manera alterna. Para aumentar dificultad cerrar los ojos.</p> <p>Estiramientos pasivos: cuádriceps, isquiotibiales, glúteo, hombro, tríceps, bíceps, espalda</p>	

Tabla 6: Ejemplo de propuesta de sesión de los martes

EJEMPLO DE PROPUESTA DE SESIÓN (jueves)			
	Duración	Descripción	Imagen
Calentamiento (10')	3'	Movimientos balísticos de EESS e EIII	
	7'	Juego del 3 en raya: se dividiría el grupo en 2 equipos de 5 personas. Un equipo sería las X y el otro las Y. Saliendo de uno en uno (haciendo relevos) deberían colocarse en el tablero en el cuadrado que quede libre con el objetivo de alinear 3 personas del mismo equipo seguidas. Mientras ocupen el cuadrado las X deberían estar haciendo saltos y las Y flexiones. Ganaría el equipo que lo consiga hacer antes o finalizaría el juego en caso de empate.	
Parte principal (30')	2x 10 rep	<p>EJERCICIOS INDIVIDUALES:</p> <p>Pistol squats en TRX: en BP cogiendo la TRX con los brazos en extensión, apoyando solo una pierna en el suelo, realizar una sentadilla, sin abrir los codos, llevando el peso hacia el talón y manteniendo la espalda recta. Si supone mucha dificultad realizarlo apoyando las dos piernas en el suelo.</p> <p>Curl de isquios en TRX: en DS, colocar los pies en los agarres de la TRX, dejando los brazos a lado y lado del cuerpo, elevar el glúteo, realizando a la vez una flexión de rodillas.</p> <p>Lunch en TRX: en BP, colocando un pie sobre el agarre de la TRX, el otro pie adelantado, con la rodilla flexionada (sin pasar los dedos de los pies), elevar el tronco en bloque, manteniendo una ligera flexión de rodilla de la pierna delantera. Acompañar el ejercicios con el movimiento de los brazos.</p> <p>Escaladores en TRX: en DP, colocar los pies en los agarres de la TRX, y las manos a la altura de los hombros (si no es posible esta posición colocar los antebrazos), llevar las rodillas a tocar el pecho haciendo flexión de cadera y manteniéndolas pegadas una con la otra en todo momento.</p> <p>EJERCICIOS EN PAREJA</p> <p>Plancha + burpee: Uno de los dos se coloca en plancha estática, la otra persona realiza un salto sobre él/ella y al caer, realiza un burpee. En la siguiente serie se intercambian los papeles.</p> <p>Flexiones + plancha: uno enfrente del otro, realizad una flexión de brazos hasta acercar lo máximo posible el pecho al suelo y al subir chochad las manos contralaterales con el de enfrente. Se puede apoyar las rodillas para que sea más sencillo.sencillo.</p> <p>Sentadilla isometrica- elevación de rodillas: mientras uno mantiene la posición de squat con los brazos extendidos, el otro eleva rodillas de manera alterna buscando tocar las palmas de la mano del compañero.</p> <p>Lunges . Agarrados de las manos, zancadas alternas. Si resulta muy fácil se puede añadir salto</p> <p>Voley (10'): se realizará un partido de voley adaptado. Se jugará 5 contra 5 con una pelota de plástico.</p>	
		<p>Ejercicios de equilibrio: en BP, aguantar sobre una pierna durante 10", luego cambiar de pierna. Para aumentar dificultad cerrar los ojos.</p> <p>Estiramientos pasivos: cuádriceps, isquiotibiales, glúteo, hombro, tríceps, bíceps, espalda</p>	

Tabla 7: Ejemplo de propuesta de sesión de los jueves

5.7 Análisis estadístico

Los datos que se obtuvieran durante y al final del estudio con las variables, serían analizados y procesados por el responsable del estudio. El análisis estadístico sería realizado con la ayuda de un profesional de estadística. Se haría un contraste de hipótesis analizando las diferentes variables utilizando la T-Student, para comparar los resultados obtenidos del grupo experimental respecto al grupo control.

Una vez se hubiese hecho la recogida de datos de los cuestionarios a través de los formularios de Google, y de las variables cualitativas de los test de culpa, ansiedad y depresión; con la ayuda del software de análisis estadístico Microsoft Excel 2021 (18.0), se registrarían los datos obtenidos y se harían gráficos para visualizar los resultados. Las técnicas de análisis estadístico se harán asumiendo una distribución normal, todas las variables deberían ser medidas con el p valor menor a 0,05 (nivel de confianza 95%).

5.8 Consideraciones éticas

Se seguirá la normativa legal sobre la ley de confidencialidad y protección de datos personales de acuerdo con el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

En todo momento se seguirá el código deontológico que marca COPLEFC (Col.legi de Professionals de l'Activitat Física i de l'Esport de Catalunya).

Al tratarse de un tema delicado, que genera dolor y sufrimiento en los supervivientes se trabajará de manera respetuosa, empática, sincera y profesional en todo momento atendiendo a cualquier duda, problema o curiosidad que pueda surgir durante el programa. Se buscará lo mejor para los participantes y se evitará generar dolor hacia ellos.

Todos los supervivientes que quieran participar en este estudio, después de haber recibido la información del trabajo que se va a hacer, deberán aceptar y firmar la hoja de consentimiento informado.

También dispondrán de una hoja de renuncia en caso de que los participantes quieran abandonar el proceso de investigación.

6. CRONOGRAMA

ETAPAS DEL PROYECTO	2022																											
	Semanas																											
	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Entregas (1a. entrega y entrega final)																												
INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS																												
Revisión Bibliografica																												
Redacción del marco teorico y antecedentes																												
Redacción de la justificación, hipotesis y objetivos																												
METODOLOGÍA																												
Definición del tipo de estudio, criterios y muestra																												
Definición de las variables y el tipo de asignación																												
Redacción del procedimiento																												
Diseño de la encuesta																												
Diseño de la posible intervención																												
Redacción consideraciones éticas y análisis estadístico																												
DEFINIR EL PRESUPUESTO																												
LIMITACIONES Y PROSPECTIVA																												
REDACCIÓN DE LA MEMORIA DEL TRABAJO																												
DEFENSA DEL TRABAJO																												

7. PRESUPUESTO

A continuación se muestra el presupuesto del proyecto realizado.

Como la intervención se llevará a cabo al aire libre en 2 parques públicos diferentes, no supondrá un gasto el alquiler de algún espacio o instalación.

Para que los participantes al proyecto puedan rellenar los diferentes cuestionarios, el consentimiento informado y en caso necesario la hoja de renuncia, serán necesarias: hojas, bolígrafos, ordenador e impresora.

Para poder realizar el proyecto será necesario el siguiente material:

Material	Cantidad	Precio Unidad (€)	Precio total (€)	Página web
Paquete de folios	1	4,5	4,50	https://www.amazon.es/Folios-COPYSTAR-A4-multiuso-80g/dp/B00NU03EZ0/ref=sr_1_16?__mk_es_ES=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=3HV5U4URAUldT&keywords=paquete+de+folios&qid=1646596147&sprefix=paquete+de+folios%2Caps%2C159&sr=8-16
Paquete de bolígrafos	2	3,9	7,80	https://www.amazon.es/BIC-Cristal-Soft-Estuche-bol%C3%ADgrafos/dp/B00LM1WM02/ref=sr_1_3?__mk_es_ES=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=14VWJR85XYX6G&keywords=paquete+de+bolis&qid=1646596276&sprefix=paquete+de+bolis%2Caps%2C111&sr=8-3
Impresora	1	152,52	152,52	https://www.amazon.es/Impresora-Multifunci%C3%B3n-HP-DeskJet-4120e/dp/B08WLPHXGR/ref=sr_1_2_sspa?__mk_es_ES=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=2MZPW3I7IPDZ9&keywords=impresora&qid=1651424557&sprefix=impresora%2Caps%2C127&sr=8-2-spons&pvc=1&spLa=ZW5jcnlwdGVkUXVhbGlmaWVyPUEwNjkwMjk4VDFMUTA3NEk1R1JaJmVuY3J5cHRIZEFkSWQ9QTZAzMDE4MTcyUlprSVVONk8zNk85JndpZGldE5hbWU9c3BFYXRmJmFjdGlvbj1jbGlja1JIZGlyZWNOJmRvTm90TG9nQ2xpY2s9dHJ1ZQ==
Ordenador Asus	1	189	189,00	https://www.amazon.es/ASUS-Chromebook-Flip-C214MA-BU0410-Port%C3%A1til/dp/B08XWL3N3V/ref=sr_1_5?__mk_es_ES=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=2M49L6NVSCNYO&keywords=ordenador&qid=1646596390&sprefix=ordenaci%2Caps%2C138&sr=8-5
TRX	5	25,99	129,95	https://www.amazon.es/Entrenamiento-Suspension-cuerdas-ajustables-cintas/dp/B078PJ18NY/ref=sr_1_8?__mk_es_ES=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=2ORQXHE4J186Y&keywords=trx&qid=1651424290&sprefix=trx%2Caps%2C121&sr=8-8
Pelotas	3	12,99	38,97	https://www.amazon.es/Foam-Football-Size-5-Red/dp/B0025B0UPM/ref=sr_1_24?__mk_es_ES=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=3HVJWEIYOZ23&keywords=pelotas%2Bde%2Bplastico&qid=1651424216&sprefix=pelotas%2Bde%2Bplastico%2Caps%2C120&sr=8-24&th=1
Esterillas	10	11,99	119,90	https://www.amazon.es/Esterilla-Alfombra-Colchoneta-Gimnasia-170X60X0/dp/B09166DLQG/ref=sr_1_8?keywords=esterilla+fitness&qid=1651423297&sprefix=es%2Caps%2C127&sr=8-8
Actividad rafting	30	45	1.400,00	https://raftingcatalunya.es/rafting-catalunya/?gclid=Cj0KCQjwvpv2TBhDoARIsALBnVnk9yFqVAeTwL1f_JngEQXIIIhscHOsU4VrMrMgInZQL-QNKkvjM1ZwaAh_ZEALw_wcB
Actividad bicicleta	30	10	300,00	http://www.moubikes.com/
Total			2.368,43	

Tabla 8: presupuesto- gastos de material (fuente propia de la autora)

El precio de los productos ha sido obtenido de la página oficial de Amazon. Y el precio de las actividades especiales ha sido obtenido de las páginas oficiales de las empresas que ofrecen estos servicios.

Por lo que se refiere a presupuesto en personal, sería necesario la ayuda de 2 graduados en ciencias de la actividad física y el deporte y un graduado en estadística.

GASTOS DE PERSONAL				
Profesional	Horas a la semana	Precio hora	€ / mes	Total
Graduado en C A F E	2	12 €	96 €	1.152 €
Graduado en estadística	1	15 €	60 €	720 €
		Gasto total		1.872 €
GASTO TOTAL				
Gasto de material				2.368,43 €
Gasto de personal				1.872 €
Total				4.240,43

Tabla 9: presupuesto- gastos de personal y gasto total (fuente propia de la autora)

El gasto total de la intervención sumando gastos materiales y gastos de personal es de 4.240,18 euros.

8. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Este estudio presentaría algunas limitaciones tales como: la fidelidad y la veracidad de los datos, por tratarse de una investigación con un componente subjetivo muy grande. Como se hablaría de un tema que ha sido tabú hasta los últimos años, la escasa bibliografía y la falta de estudios previos podría hacer que los datos no fuesen confiables.

La muestra podría ser una limitación, ya que solo se habrían seleccionado participantes que formasen parte de la entidad DSAS, esto podría implicar la no participación de otros supervivientes de Barcelona. Además al tratarse de un estudio largo (1 año) y de necesitar la presencialidad de dos días a la semana, podría ocurrir que los participantes abandonasen el estudio en mitad del proceso; además de por otros motivos como: contraindicaciones médicas, episodios de depresión graves...se estimaría una tasa de pérdidas del 20%.

Asimismo, como es un estudio que se llevaría a cabo al aire libre, las condiciones climatológicas podrían impedir o variar su desarrollo, como es el caso de lluvia o frío extremo.

Otra de las limitaciones que podría darse en el estudio es su aplicabilidad, ya que se estaría trabajando con una población muy concreta y los datos no se podrían trasladar a una población más extensa.

Si tras realizar el estudio, se observaran resultados eficaces, positivos y beneficiosos sobre el programa a seguir, podría servir de reflexión para otras asociaciones y responsables de la sanidad pública, para incorporar un programa de ejercicio físico como una ayuda más al proceso de duelo de supervivientes del suicidio.

En el futuro también sería interesante realizar este programa con otro tipo de duelo traumático, para poder comparar los resultados obtenidos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acinas, M. P. A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.

Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, MJ, Canedo, C., Castro, M., & Combarro, J. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (revisada septiembre 2020). Guía Salud. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf

Amador Rivera, Gonzalo H. (2015). SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Recuperado en 22 de enero de 2022, Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es.

Andriessen, K. (2009). *¿Puede la posvención ser prevención?* *Crisis*, 30(1), 43–47. Available from: [doi:10.1027/0227-5910.30.1.43](https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43)

Brewer, J. y Sparkes, AC (2011). *Los significados de la actividad física al aire libre para los jóvenes en duelo por sus padres en el Reino Unido: percepciones de un estudio etnográfico*. *Journal of Adventure Education & Outdoor Learning*, 11(2), 127–143. Available from: [doi:10.1080/14729679.2011.633382](https://doi.org/10.1080/14729679.2011.633382)

Calvo, M. G., Espino, O., Palenzuela, D. L., & Sosa, A. J. (1997). *Ejercicio físico regular y reducción de la ansiedad en jóvenes*. *Psicothema*, 9(3), 499-508. Available from: <https://www.psicothema.com/pdf/121.pdf>

Después del Suicidio- Asociación de Supervivientes (DSAS). (2022). *Qui som?* Available from: <https://www.despresdelsuicidi.org/ca/qui-som/>

Domínguez, J. A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. T. (2012). *Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes*. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 38(1), 16–23. Available from: [doi:10.1016/j.semerg.2011.05.013](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.05.013)

Enric Subirats Bayego, Gemma Subirats Vila, Iñigo Soteras Martínez, Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos, *Medicina Clínica*, Volume 138, Issue 1, 2012, Pages 18-24, ISSN 0025-7753. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.12.008>.

García-Viniegras, Carmen Regina Victoria, & Pérez Cernuda, Caridad. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274. Recuperado en 22 de enero de 2022, Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200014&lng=es&tlng=pt.

Germán, M. M. (2020, 29 enero). *Guía para familiares en duelo por suicidio: supervivientes*. Redined. Available from: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/193493>

Gómez, P. (2017). *Proceso de duelo : meta análisis del enfrentamiento a la muerte suicida desde una perspectiva familiar*, 17(1), 49–64. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6203594>

Huberty, J., Leiferman, JA, Gold, KJ. (2014) *Actividad física y síntomas depresivos después de la muerte fetal: informar futuras intervenciones*. *BMC Embarazo Parto* 14, 391. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0391-1>

INE - Instituto Nacional de Estadística. (2020). Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). Available from: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5453&capsel=5454>

Jiménez Oviedo, Yeimi, Núñez, Miriam, & Coto, Edwin. (2013). *La actividad física para el adulto mayor en el medio natural*. *Inter Sedes*, 14 (27), 168-181. Recuperado el 21 de abril de 2022. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-24582013000100009&lng=en&tlng=es.

Devis Devís, J., & Peiró Valert, C. (1992). *El ejercicio físico y la promoción de la salud en la infancia y la juventud*. *Gaceta Sanitaria*, 6(33), 263–268. Available from: [doi:10.1016/s0213-9111\(92\)71125-x](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(92)71125-x)

Kang, H.-Y., y Yoo, Y.-S. (2007). *Efectos de un programa de intervención de duelo en viudas de mediana edad en Corea*. Archivos de EnfermeríaPsiquiátrica, 21(3), 132–140. Available from: [doi:10.1016/j.apnu.2006.12.007](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.12.007)

Kosmata, A. (2014). *Functional exercise training with the TRX suspension trainer in a dysfunctional, elderly population*. Department of Health and Exercise Science, 8 Available from: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.671.8267&rep=rep1&type=pdf>

LATIEGUI, A. (1999). Prevención y tratamiento del duelo patológico. En W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendiñeta y I. Vega de Seoane (Eds.). *La familia en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

Munera Ramos, P. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de la salud mental*. .

Nancy O'Connor. (2007). *Déjalos ir con amor* (Reimpresión 2014 ed.). Trillas Available from: https://www.dheducacion.com/wp-content/uploads/2019/02/08.-OConnor-Nancy.-D_jalos-ir-con-amor.-99p.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018): *Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Perraton, L. G., Kumar, S., & Machotka, Z. (2010). *Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials*. Journal of Evaluation in Clinical Practice. Available from: [doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01188.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01188.x)

Philbin, K. (2009). *Transpersonal Integrative Yoga Therapy: A Protocol for Grief and Bereavement*. *International Journal of Yoga Therapy*, 19(1), 129–141. Available from: <https://doi.org/10.17761/ijyt.19.1.v43q721125755071>

Pollock, ML, Gaesser, GA, Butcher, JD, Despres, J.-P., Dishman, RK, Franklin, BA y Garber, CE (1998). *Soporte de posición del ACSM: la cantidad y calidad de ejercicio recomendadas para desarrollar y mantener la aptitud cardiorrespiratoria y muscular, y la flexibilidad en adultos sanos. Medicina y ciencia en deportes y ejercicio*, 30(6), 975–991. Available from: [doi:10.1097/00005768-199806000-00032](https://doi.org/10.1097/00005768-199806000-00032)

Riello y Sara Carbone, M. (2014). *Establecimiento y Mantenimiento de grupos de Apoyo para Personas en Duelo por Suicidio: Herramientas para Facilitadores*. Available from: <https://aidatu.org/wp-content/uploads/2018/10/GruposApoyoDueloSucidio.pdf>

Romero Lara, P. (2018). PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL DUELO POR SUICIDIO EN SUPERVIVIENTES DESDE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN. Google Académico. <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/20669/TFG%20PSICOLOG%c3%8dA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Santandreu, M., & Ferrer, V. A. (2014). *Análisis de la emotividad negativa en mujeres víctimas de violencia de pareja: La culpa y la ira. Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(2). Available from: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13063>

Williams, J., Shorter, GW, Howlett, N., Zakrzewski-Fruer, J. y Chater, AM (2021). *¿Puede la actividad física apoyar los resultados del duelo en personas que han estado en duelo? Una revisión sistemática. Medicina Deportiva - Abierta*, 7(1). Available from: [doi: 10.1186/s40798-021-00311-z](https://doi.org/10.1186/s40798-021-00311-z)

Zorro, KR (1999). *La influencia de la actividad física en el bienestar mental. Nutrición de salud pública*, 2(3a). Available from: [doi: 10.1017/s1368980099000567](https://doi.org/10.1017/s1368980099000567)

10. ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

10.1 Anexo I: Cuestionario inicial: Cambios en el EF después de la pérdida

10.2 Anexo II: Escala de Ansiedad de Hamilton

10.3 Anexo III: Escala de depresión de Hamilton

10.4 Anexo IV: Escala de culpa SC35

10.5 Anexo V: Cuestionario etapa del duelo

10.6 Anexo VI: Hoja de información del proyecto para el paciente

10.7 Anexo VII: Hoja de consentimiento informado

10.8 Anexo VIII: Hoja de renuncia

10.1 Anexo I- Cuestionario inicial: Cambios en el ejercicio físico después de la pérdida

Cambios en el EF después de la pérdida



liglesias@edu.tecnocampus.cat (no compartit)



[Canvia de compte](#)

Sexo

- Hombre
- Mujer

Edad

La vostra resposta

Parentesco con la víctima

- Hijo o hija
- Padre o madre
- Mujer o marido/ Novio o Novia

Amigo/amiga

Otro:

Antes de la pérdida, ¿Usted realizaba ejercicio físico habitualmente?

Sí, 1 vez a la semana

Sí, 2 veces a la semana

Sí, 3 veces a la semana o más

No

Si la respuesta anterior es que sí, después de lo sucedido, ¿ha dejado de hacerlo?

Sí

No

Si la respuesta anterior es que sí, ¿Por qué razones?

Económicas

Sociales

Motivación

Otras

Si usted ha seguido haciendo ejercicio físico, ¿ha sido de manera individual o acompañado?

Individual

Acompañado

Si usted ha seguido haciendo ejercicio físico, ¿ha sido al aire libre o en un centro cerrado?

Aire libre

Centro cerrado

Ambas

Si usted ha seguido haciendo ejercicio físico, ¿Qué sensaciones ha tenido?
(describalas)

La vostra resposta

¿Con que frecuencia realizas ejercicio físico actualmente?

- Nunca
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3 veces a la semana o más

Opció 1

Envía

Esborra el formulari

10.2 Anexo II: Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
-------------------------------------	---------	------	----------	-------	-----------------------------

	Ause	Leve	Mod	Grave	Muy C Incap
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4

suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

10.3 Anexo III: Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

10.4 Anexo IV: Escala de culpa SC 35

ESCALA PARA MEDIR EL SENTIMIENTO DE CULPA (SC-35)

"CADA FRASE EXPRESA ALGO QUE EN SU CASO PUEDE SER"

TF = Totalmente Falso

MBV = Mas Bien Falso (Mas verdadero que falso)

MBF = Mas Bien Falso (Mas falso que verdadero)

TV = Totalmente Verdadero

	TF	MBF	MBV	TV
1. Me preocupa lo que otras personas puedan pensar de mis acciones				
2. En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando con algo que no merezco				
3. No me merezco tener gente que me quiera				
4. Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, lo paso muy mal				
5. Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentando la duda de que quizá tengan razón				
6. Me sentiría feliz si pudiera arreglar de alguna manera el mal que he hecho				
7. A lo largo de mi vida he tenido muchas meteduras de pata que me pesan lo increíble				
8. Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer que habré hecho mal				
9. Hay cosas de mi pasado de las que no quiero ni acordarme				
10. A veces me quedo perplejo viendo cómo la gente es tan inconsciente de sus acciones, cuando yo me preocupo tanto de las mías				
11. No sé por qué el sexo sigue siendo para mí algo no limpio				
12. Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable				
13. Cuando pierdo un amigo pienso: "ya he metido la pata otra vez".				
14. Tengo la sensación de "romper" todo lo que toco				
15. Cuando me doy a conocer como realmente soy, me queda la sensación de haber engañado a los demás.				
16. Me moriría de vergüenza si tuviera que ser encarcelado				
17. Hay acciones que dejan manchado por mucho tiempo				
18. No es extraño que mis amigos me olviden				
19. La causa de mis fracasos está en mí mismo				
20. Cuando noto que un amigo me habla con frialdad, empiezo a pensar que le habré podido hacer yo				
21. Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima				
22. La mayor felicidad es comportarse correctamente				
23. A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en los que no estoy implicado				
24. Echo de menos la inocencia de cuando era niño				
25. Hay muchas cosas que la gente piensa que están bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no van				
26. Temo que me ocurran desgracias aunque no he hecho nada malo				
27. En alguna ocasión me han venido ganas de escupirme cuando me miraba al espejo				
28. Cuando tengo éxito en algo, me queda la sospecha de no merecerlo				
29. Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre				
30. Comprendo y justifico fácilmente a los demás pero a mí mismo, no me perdono una				
31. No me siento peor que la mayoría				
32. Cada vez que me sale algo mal, pienso que cada uno recibe lo que se merece				
33. Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren				
34. A veces he sentido asco de mí mismo				
35. Hay pensamientos y deseos que te infectan como si fueran un foco de suciedad				

10.5 Anexo V: Cuestionario etapa del duelo

Etapa en el duelo

Negación: me digo a mi mismo que lo ocurrido no es verdad.

Confusión: me cuestiono lo sucedido.

Ira: tengo mucha rabia, lo ocurrido es injusto.

Dolor y culpa: me duele pensar en ello, la culpa ha sido mía.

Tristeza: me siento mal por lo ocurrido, tengo pocas ganas de hacer nada.

Aceptación: entiendo que no va a regresar, noto el vacío pero soy consciente de la situación.

Restablecimiento: quiero hacer cambios en mi rutina, seguir viviendo y llegar a ser feliz de nuevo.

 liglesias@edu.tecnocampus.cat (no compartit)
[Canvia de compte](#)



¿En que etapa del duelo te encuentras?

- Negación
- Confusión
- Ira
- Dolor y culpa
- Tristeza
- Aceptación
- Restablecimiento

10.6 Anexo VI: Hoja de información del proyecto para el paciente

El/la estudiante *Laura Iglesias Jiménez* del grado doble titulación Fisioterapia y CAFE, dirigido/a por *Sònia Pineda Hernández*, está llevando a cabo el proyecto de investigación: *supervivientes al suicidio: cambios en el ejercicio físico y propuesta para su promoción*.

El proyecto tiene como objetivo diseñar un programa de ejercicio físico para acompañen el duelo a las personas supervivientes al suicidio. En el proyecto participan los siguientes centros de investigación: DSAS. En el contexto de esta investigación, le pedimos su colaboración para acudir a las sesiones presenciales necesarias del proyecto ya que usted cumple los siguientes criterios de inclusión, ya que usted cumple los siguientes criterios de inclusión: 1. haber sufrido una pérdida por suicidio de una persona próxima, 2. estar en proceso de duelo por la pérdida. 3. tener entre 25-40 años, 4. Tener disponibilidad para realizar las sesiones de entrenamiento, 5. comprender el castellano.

Esta colaboración implica participar en los 12 meses del proyecto. Un primer de realización de los diferentes test y cuestionarios, y la participación en las dos sesiones semanales durante los próximos 12 meses.

Se asignará a todos los participantes un código, por lo que es imposible identificar al participante con las respuestas dadas, garantizando totalmente la confidencialidad. Los datos que se obtengan de su participación no se utilizarán con ningún otro fin distinto del explicitado en esta investigación y pasarán a formar parte de un fichero de datos, del que será máximo responsable el investigador principal. El fichero de datos del estudio estará bajo la responsabilidad del investigador principal, ante el cual podrá ejercer en todo momento los derechos que establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD).

Todos los participantes tienen derecho a retirarse en cualquier momento de una parte o de la totalidad del estudio, sin expresión de causa o motivo y sin consecuencias. También tienen derecho a que se les clarifiquen sus posibles dudas antes de aceptar participar y a conocer los resultados de sus pruebas.

Nos ponemos a su disposición para resolver cualquier duda que pueda surgirle. Puede contactar con nosotros a través del formulario que encontrará en nuestra página web:

www.superviventsactius.com

10.7 Anexo VII: Hoja de consentimiento informado

Yo, [NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE], mayor de edad, con DNI [NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN], actuando en nombre e interés propio,

DECLARO QUE:

He recibido información sobre el proyecto: *supervivientes al suicidio: cambios en el ejercicio físico y propuesta para su promoción*, del que se me ha entregado hoja informativa anexa a este consentimiento y para el que se solicita mi participación. He entendido su significado, me han sido aclaradas las dudas y me han sido expuestas las acciones que se derivan del mismo. Se me ha informado de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de datos en cuanto a la gestión de datos personales que comporta el proyecto y las garantías tomadas en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD).

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme del mismo en cualquier momento, revocando el presente consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en sentido alguno. En caso de retirada, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero del estudio.

[CUANDO PROCEDA:] Así mismo, renuncio a cualquier beneficio económico, académico o de cualquier otra naturaleza que pudiera derivarse del proyecto o de sus resultados.

Por todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Participar en el proyecto: *cambios en la actividad física y propuesta para la promoción del ejercicio físico en personas con vulnerabilidad personal: supervivientes al suicidio*

2. Que *Laura Iglesias Jimenez* y su director/a *Sònia Pineda Hernández* puedan gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD).

3. Que los investigadores conserven todos los registros efectuados sobre mi persona en soporte electrónico, con las garantías y los plazos legalmente previstos, si estuviesen establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que fuese necesario para cumplir las funciones del proyecto para las que los datos fueron recabados.

En Barcelona a [DIA/MES/2022]

[FIRMA PARTICIPANTE]

[FIRMA DEL ESTUDIANTE] [FIRMA DEL DIRECTOR/A]

10.8 Anexo VIII: Hoja de renuncia

Título del estudio: *supervivientes al suicidio: cambios en el ejercicio físico y propuesta para su promoción.*

Investigadora principal: Laura Iglesias Jiménez

Sr/Sra..... con DNI..... Declaro que deseo abandonar el estudio en el que estaba participando por razones confidenciales.

En ningún momento ha habido presión por seguir en el estudio ni se han pedido explicaciones personales, por parte de la investigadora principal.

Barcelona a de 2022

Firma del participante:

Firma de la investigadora: