



**Universidad
Europea** MADRID

Estudio de caso: Trastorno de Depresión Mayor, desde la Intervención Cognitivo-Conductual

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Cornelia Simona Meleaca

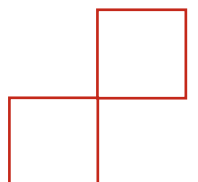
Tutor/a académico: Nerea Amezcua Valmala

Fecha de realización del trabajo: 2022-2023

N.º palabras:

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

Este estudio de caso expone el tratamiento de un paciente con Trastorno de Depresión Mayor que acude a terapia el 24 de mayo de 2022 requiriendo ayuda psicológica. El tratamiento se ha realizado desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y se ha llevado a cabo para mejorar el estado de ánimo del paciente, disminuir el sentimiento de culpa, identificar y modificar sus creencias irracionales y distorsiones cognitivas. El plan terapéutico se ha llevado a cabo, utilizándose técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en auto - instrucciones. Para realizar las evaluaciones necesarias se han utilizado, la entrevista semiestructurada, autorregistros, el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE), la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) y como línea base a lo largo de la terapia, el nivel del estado de ánimo en una escala de 1 a 10. El paciente ha acudido a 10 sesiones de una hora, durante 6 meses y actualmente sigue en seguimiento mensual hasta recibir el alta por la terapeuta del centro. El propósito del seguimiento es el mantenimiento de las conductas conseguidas y la prevención de recaídas. La evolución del paciente se ha observado a través de los cuestionarios descritos arriba, haciéndose comparación entre la Pre -Evaluación y la Post- Evaluación, a través de la línea base y los criterios diagnósticos del DSM-5. Los resultados muestran una diferencia significativa entre las 2 fases de medida además de una buena adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Trastorno de Depresión Mayor, Terapia Cognitivo Conductual, Creencia Irracional, Distorsión Cognitiva, Reestructuración cognitiva

Abstract

This case study exposes the treatment of a patient with Major Depression Disorder who comes to therapy on May 24, 2022, requiring psychological guidance. The treatment has been carried out from Cognitive Behavioural Therapy (CBT) and has been used to improve the patient's mood, to reduce the feeling of guilt, to identify and modify his irrational beliefs and cognitive distortions. The therapeutic plan has been done, using psychoeducation techniques, like cognitive restructuring and self-instruction training. To carry out the necessary evaluations, has been used a semi-structured interview, self-registrations, the Four-dimensional Structural Questionnaire for Depression (CET-DE), the Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), the Trait-State Anxiety Inventory (STAI) and as a base line, throughout the therapy, the level of mood on a scale of 1 to 10. The patient has attended 10 sessions of one hour, for 6 months and currently continues to be monitored monthly until get discharged by the therapist. The purpose of the follow-up is the maintenance of the behaviours achieved and the prevention of relapses. The evolution of this patient has been observed through the questionnaires described above, making a comparison between the Pre-Assessment and the Post-Assessment, through the baseline and the diagnostic criteria of the DSM-5. The results show a significant difference between the 2 measurement phases as well as a good adherence to treatment.

Keywords: *Major Depression Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Irrational Belief, Cognitive Distortion, Cognitive Restructuring*

Índice

1. INTRODUCCIÓN: CONCEPTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEORICA	5
1.1. Trastorno de Depresión Mayor: Criterios diagnósticos y comorbilidad.....	7
1.2. Modelos teóricos.....	8
1.3. Evaluación y tratamiento	13
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	15
3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	17
4. FORMULACIÓN CLINICA DEL CASO	20
4.1. Análisis psicológico del problema.....	20
4.2. Análisis funcional del problema	24
4.3. Resultado fase Pre-Evaluación	28
4.4. Objetivos de intervención	32
5. TRATAMIENTO.....	33
6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	41
6.1. Adherencia al tratamiento.....	41
6.2. Comparación resultados fases Pre-Evaluación y Post-Evaluación	42
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	46
8. REFERENCIAS.....	51
9. ANEXOS.....	59

Índice de Figuras

Figura 1: Análisis funcional. Pensamientos desadaptativos y culpa excesiva cuando realiza actividades de ocio	26
Figura 2: Análisis funcional. Pensamientos desadaptativos y culpa excesiva cuando tiene que estar fuera de casa los fines de semana	27
Figura 3: Análisis funcional. Pensamientos desadaptativos y culpa excesiva cuando observa el malestar de su exmujer e hijos	28
Figura 4: Resultados de la aplicación del cuestionario CET-DE en la fase de Pre-Evaluación	29
Figura 5: Resultados de la aplicación de la escala DAS en la fase de Pre-Evaluación.....	30
Figura 6: Resultados de la aplicación del inventario STAI en la fase de Pre-Evaluación	31
Figura 7: Nivel del estado de ánimo en la fase de pretratamiento, tratamiento y postratamiento	41
Figura 8: Resultados CET-DE en la fase de Pre-Evaluación y fase de Post-Evaluación.....	43
Figura 9: Resultados escala DAS en la fase de Pre-Evaluación y fase de Post - Evaluación	44
Figura 10: Resultados STAI en la fase de Pre-Evaluación y fase de Post-Evaluación.....	45
Figura 11: Presencia de sintomatología basada en los criterios diagnósticos DSM-5 en la fase de Pre-Evaluación y Post-Evaluación	46

1. INTRODUCCIÓN: CONCEPTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La depresión se ha convertido en el sufrimiento mental más común a nivel comunitario y se estima que el 3,8% de la población mundial está afectada, de la cual, un 5% son adultos. Es diferente a las fluctuaciones del estado de ánimo o las respuestas emocionales que se pueden dar en distintas situaciones de la vida diaria de las personas y el grado de severidad, puede hacer que se convierta en un problema muy importante de salud, afectando aspectos personales, laborales o académicos, llevando incluso al suicidio. Las estadísticas indican que cada año mueren por suicidio más de 700.000 personas al año, siendo este la cuarta causa principal de fallecimiento entre los 15 y 29 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). El inicio de la depresión puede darse en cualquier edad, aunque parece que el riesgo aumenta durante la adolescencia y en la adultez, se relaciona con factores como la vulnerabilidad al estrés, el alcance profesional y la red de apoyo (Herskovic y Matamala, 2020). Además, se remarca mayor prevalencia en mujeres que en hombres (de Juan, 2021).

La OMS (2022), también destaca el hecho de que el 75% de las personas diagnosticadas, que viven en países con medio o bajos ingresos, no reciben ningún apoyo a pesar de la existencia de tratamientos con eficacia demostrada. Esto se debe a la falta de recursos, de profesionales capacitados y del estigma existente en torno a la salud mental. Por otro lado, en los países más desarrollados, a veces, la depresión está mal diagnosticada y muchas personas que no la padecen al ser erróneamente diagnosticadas, reciben tratamiento con antidepresivos, mientras que las que la padecen no son adecuadamente diagnosticadas.

El diagnóstico de la depresión se realiza a través de entrevistas clínicas, extrayéndose elementos clave de este trastorno, de la utilización de escalas y cuestionarios que cuantifican en forma de puntuación el alcance de los síntomas de los pacientes. El tratamiento debe ser personalizado para cada caso, según la gravedad de la sintomatología y basado en evidencia científica. El proceso terapéutico, suele incluir psicoterapia, medidas higiénico-dietéticas, tratamiento farmacológico si es necesario, además puede durar entre seis meses y un año, según el tratamiento y el seguimiento realizado (Coto-Lesmes et al., 2020).

Respecto a la etiología de la depresión, distintos estudios indican que intervienen factores genéticos, biológicos y psicosociales como alteraciones bioquímicas en el cerebro y causas psicosociales tal como estrés diario o acontecimientos vitales negativos (Pérez-Padilla et al., 2017). Los síntomas de la fase depresiva son resultado de cambios en los sistemas cerebrales, neuroendocrinos e inmunológicos, además de que se considera que existe una compleja interacción entre la predisposición genética y los sucesos vitales tempranos para el desarrollo de la depresión en la adultez, especialmente en personas más vulnerables (Hernán, 2002). El riesgo es mayor en personas que tienen antecedentes de trastornos afectivos o mentales en la familia, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas (Botto et al., 2014). De ahí que el conocimiento científico en los últimos años se ha centrado en la alteración en los niveles de una o más de las monoaminas, incluyendo serotonina (5-HT), norepinefrina (NE) y dopamina (DA) para crear antidepresivos más eficaces y así lograr el desarrollo de la neuroplasticidad en el tratamiento de la depresión (Matos y Manzano, 2021; Runia et al., 2022).

Las manifestaciones más comunes son bajo estado de ánimo, reducción del interés y de la alegría, energía significativamente disminuida, que lleva a las personas a sentir cansancio permanente y a reducir sus actividades diarias. Una vez que se desencadena la depresión, disminuye la capacidad de concentración, desaparece la confianza en uno mismo y se establece una visión negativa y pesimista del futuro (Beck, 2000). Aparecen insomnios, pérdida del apetito que en ocasiones conduce a una importante pérdida de peso o, al contrario, ingesta excesiva de comidas y aumento de peso. También se observa lentitud psicomotora, falta de concentración, indecisión, sentimientos de culpa, inutilidad y desesperanza. En los casos más graves aparecen ideas o actos de autolesión o suicidio (Contreras et al., 2020).

1.1. Trastorno de Depresión Mayor: criterios diagnósticos y comorbilidad

El Trastorno de Depresión Mayor es la forma más grave de depresión con un mayor riesgo de suicidio y la existencia de más de dos episodios depresivos hace que se considere recurrente. Para establecer el diagnóstico se deben dar 5 o más de los síntomas arriba descritos durante 2 semanas y representando un cambio en la condición anterior del paciente. Los síntomas provocan un deterioro clínicamente significativo, con consecuencias en la vida social, profesional, personal, familiar y otras áreas de actividad del individuo. No se deben a una condición médica general como, por ejemplo, hipotiroidismo o a ninguna condición psiquiátrica como el síndrome esquizoafectivo o el trastorno bipolar. Tampoco se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como, por ejemplo, abuso de drogas, medicación y, no se explican por el duelo (APA, 2014; ver Anexo A).

Los trastornos con los que presenta mayor comorbilidad son el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia y bulimia nerviosa, trastorno de somatización, trastorno límite de personalidad, enfermedades cardiovasculares, metabólicas y neurológicas (Aragonès, et al., 2009; Steffen, et al., 2020).

En muchos casos, la depresión no cumple los criterios del trastorno depresivo mayor. Este trastorno afectivo que tiene un menor grado de severidad y se prolonga durante más tiempo se denomina distimia, depresión crónica o depresión menor.

1.2. Modelos teóricos

El comienzo y el mantenimiento del trastorno de depresión mayor, se puede dar de manera diferente en cada paciente, además las causas suelen ser distintas. De ahí, que en la actualidad existan muchos modelos teóricos que conceptualicen dicho trastorno. En este apartado se indican metodologías que destacan el papel de las contingencias de estímulos ambientales, otras que se focalizan en los procesos cognitivos y emocionales e incluso las que se centran en el proceso de atención plena.

➤ Modelos Conductuales

Lewinsohn et al., (como se citó en Caballo, 1997) han desarrollado un modelo sobre la *disminución del refuerzo positivo* en el cual indican que la depresión es resultado tanto de factores ambientales como disposicionales. Ante acontecimientos desagradables, se alteran patrones de conductas que junto a reducidas tasas de reforzamiento positivo y aumento de contingencias aversivas llevan a una experiencia prolongada de disforia que acaba resultando en depresión.

Igualmente, aspectos como la baja autoestima, la culpa o el pesimismo, hacen que se produzcan estados de atención negativa hacia uno mismo, autocrítica y expectativas negativas del futuro. A consecuencia de todo ello, aumenta la sintomatología conductual, cognitiva y emocional de la depresión (Vázquez et al., 2000).

Otro autor (Rehm, 1977), señala que la depresión se debe a sesgos cognitivos disfuncionales y a deficiencias en las estrategias de autocontrol. Propone un modelo de *entrenamiento en autocontrol* donde se especifican tres fases, la de auto-observación, auto-evaluación y auto-refuerzo. A través de estas fases se entiende que la persona con depresión presta más atención a los aspectos negativos de su conducta tomando en cuenta las consecuencias inmediatas, es muy autoexigente, se centra más en los errores y no refuerza suficiente los aspectos positivos de su comportamiento (Rehm, 1977; Pérez y García, 2001).

El modelo de *solución de problemas* desarrollado por Nezu et al., (2014), pone de manifiesto que la aparición de la depresión es provocada por carencias en habilidades de solución de problemas que impide afrontar adecuadamente situaciones de la vida diaria y reducen el reforzamiento positivo (Vera y Guerrero, 2003). Este modelo indica que, en el entrenamiento en orientación hacia el problema, se deben tener en cuenta habilidades de solución de problemas como “la definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y la implementación y verificación de la solución elegida” (Nezu et al., 2014, p. 73).

La *activación conductual* de Ferster (1973), es otro modelo teórico que explica el trastorno de depresión mayor y es visto como un abordaje de primera línea ya que se centra en la realización

de conductas alterativas e incompatibles con el estado de ánimo depresivo. Este modelo, considera que la depresión se inicia a consecuencia de una situación precipitante que retira brusca o progresivamente de la vida de la persona reforzadores importantes llevándola a conductas de evitación (Driessen et.al, 2022). Estas conductas evitativas, a corto plazo alivian la sintomatología, pero a largo plazo la mantienen, limitando el acceso a reforzamiento positivo de conductas alternativas (González-Terrazas y Aguilera 2021). El modelo, se sustenta en el análisis funcional para identificar las variables que explican las conductas problema, organizar la intervención, ayudar a la persona a entender que mantiene dichas conductas y a motivar la continuidad del cambio (Barraca, 2009).

➤ **Modelos Cognitivos**

Aaron Beck (1983) desarrolló una teoría para el tratamiento de la depresión, que defiende el hecho de que las personas suelen sufrir por la interpretación que hacen de las situaciones no por las situaciones en sí. El modelo indica que las personas no responden de manera automática ante un evento, sino que lo perciben, evalúan e interpretan según sus esquemas cognitivos, antes de manifestar una respuesta emocional o conductual (Beck et al., 1983; Figueroa, 2002).

Por lo tanto, los trastornos psicológicos se derivan de ciertas distorsiones cognitivas, que aparecen en forma de pensamientos automáticos en determinadas situaciones, provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas. Los errores en los procesos cognitivos que Beck et al., (1983) indican, son la inferencia arbitraria, personalización, abstracción selectiva,

sobregeneralización, magnificación/minimización, pensamientos dicotómicos, razonamiento emocional. Esto muestra que, el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas cognitivos relacionados con la visión del yo, del mundo y del futuro (Bedoya, 2019). A través de estas cogniciones, las personas se atribuyen a sí mismas los fracasos o experiencias desagradables, interpretan las interacciones con el entorno en términos de derrota, de frustración y acaban teniendo una visión negativa del futuro considerándolo desesperanzador. En conclusión, las personas con esquemas negativos o tendencia a cometer errores de procesamiento serán más propensas a sufrir trastornos depresivos (Mateos-Pérez y Calvete, 2019).

Ellis (1989) también consideraba que los trastornos emocionales están relacionados con el diálogo interior que determina las reacciones personales ante diversas situaciones. Los trastornos mentales básicos son causados por una forma irracional de pensar, expresada en las declaraciones irracionales que una persona se hace a sí misma. La Terapia Racional Emotiva de Ellis (1990), utiliza un sistema mnemotécnico "ABCDE", donde "A" son los acontecimientos activadores, "B" las creencias irracionales, "C" las consecuencias emocionales y conductuales, "D" el debate y cuestionamiento de las creencias irracionales y "E" nuevas creencias racionales. Este sistema ha sido elaborado para que la persona tome conciencia del problema y comprenda la responsabilidad que tiene en su creación y mantenimiento, como resultado de las propias creencias formadas por falsas expectativas y exigencias (Ellis, 2014).

En la base del modelo, está la suposición de que las creencias expresadas a través del diálogo interno pueden ser racionales o irracionales. Una creencia racional es aquella que

podemos considerar realista, reflejando eventos auténticos en el mundo real. Una creencia irracional suele ser inexacta, en el sentido literal, de hecho, es una forma de expresar una emoción, no una forma de representar el mundo con precisión (Díaz et al., 2017).

Otro modelo teórico cognitivo que explica cómo se produce la depresión es el de la indefensión aprendida desarrollada por Seligman et. al., (1976) que indica que las personas atribuyen sus problemas a sucesos que no pueden controlar y consideran que van a continuar fracasando debido a la falta de control sobre las situaciones. Aprenden a comportarse de manera pasiva desarrollando una actitud de resignación incluso en situaciones que pueden modificar buscando alternativas. Reformulando el planteamiento inicial, Abramson et al. (1978) se centran en las dimensiones atribucionales, interna-externa, global-específica y estable-inestable que actúan como factores de vulnerabilidad para la aparición y mantenimiento de sintomatología depresiva. Los estilos atribucionales afectan la autoestima, facilitan la cronicidad y la generalización lo que lleva a una alta probabilidad de desarrollar indefensión (Martínez y Rosales 2019).

Los modelos cognitivos-conductuales también han incorporado estrategias de atención plena (Mindfulness), desarrolladas a partir del programa para la reducción del estrés basado en Mindfulness (Kabat-Zinn & Williams, 2017). Para el paciente deprimido, estas estrategias facilitan llevar la atención al momento presente, reducir los juicios de valor y cultivar la actitud de aceptación y autocompasión (Segal et al., 2017).

1.3. Evaluación y tratamiento

El trastorno de depresión mayor se evalúa a través de un proceso continuo desde el principio de la terapia hasta el final y busca identificar la sintomatología existente, así como la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas. La metodología destinada a la evaluación proporciona información que aumenta la fiabilidad del diagnóstico y cuantifica la gravedad de la sintomatología, además de permitir ver el estado del paciente al inicio del tratamiento como el progreso a lo largo del proceso terapéutico. Para llevar a cabo este procedimiento terapéutico se utilizan, entrevistas estructuradas o semiestructuradas, registros, la observación y cuestionarios o escalas (Rodríguez y Gafaro, 2018). En la evaluación del trastorno de depresión mayor, diferentes estudios recomiendan la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) o el Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión (CET-DE) (Sanz y García, 2013).

Actualmente existen distintas terapias psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno de depresión mayor algunas basadas en los modelos descritos con anterioridad, como los modelos conductuales y modelos cognitivos. Este trabajo hace hincapié en la Terapia Cognitivo Conductual al ser el tratamiento en el cual se apoyará el caso clínico desarrollado.

Dirigida por clínicos como Aaron Beck y Albert Ellis, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha utilizado en numerosos trastornos psicológicos, incluido el trastorno depresión mayor.

La TCC ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión tanto como terapia individual, de grupo, o incluso mediante telepsicología. De ahí que la mayoría de las revisiones sistemáticas y metaanálisis han llegado a la conclusión que es un tratamiento eficaz para el trastorno de depresión mayor (Cuijpers et al., 2019; Chávez et al., 2017). Por otro lado, algunos autores, indican que, junto al tratamiento farmacológico, es un tratamiento efectivo para la fase aguda de la depresión, con el fin de trabajar adecuadamente el trastorno (Boschloo et al., 2019). Si bien la intervención farmacológica produce cambios a nivel cognitivo, no se dirige directamente a la sintomatología cognitiva, en cambio parece que el tratamiento con TCC, se asocia con cambios en los pensamientos automáticos y las actitudes disfuncionales, lo que su vez llevaría a un cambio en los síntomas depresivos (Burns & Spangler, 2001).

En base a investigaciones realizadas, a través de las técnicas de la TCC se intentan explorar las relaciones causales entre los pensamientos automáticos, las actitudes disfuncionales y los síntomas depresivos en los procesos de cambios que ocurren durante la terapia (Kwon & Oei, 2003; Vázquez et al., 2010). Las técnicas utilizadas, se sustentan en un tratamiento estructurado formado de 10 a 20 sesiones, psicoeducativo, orientado hacia el problema y tienen como objetivo promover cambios conductuales, cognitivos y emocionales. Según lo descrito, Puerta y Padilla (2011) sostienen que los objetivos son disminuir el pensamiento disfuncional, incrementar las habilidades de control, optimizar la capacidad de resolución de problemas, mejorar la tasa de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales e interpersonales.

Siguiendo la información presentada el objetivo de este estudio es evaluar el nivel de depresión a través de varios instrumentos de evaluación y plantear la intervención de un caso desde el enfoque cognitivo conductual utilizándose técnicas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en auto - instrucciones.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

En el presente trabajo se tratará el caso de un paciente diagnosticado en la clínica de psicología, con trastorno de depresión mayor (APA, 2014). Para respetar la ley de protección de datos de carácter personal (GDPR), se mantiene la privacidad del paciente, salvaguardando su identidad, además, se firma el consentimiento informado para la utilización de datos de sesiones de psicoterapia (ver Anexo B).

A.D. es un hombre de 48 años, separado, padre de dos hijos de 4 y 8 años. Nació y vivió en Castellón hasta hace 14 años, cuando se casó y se trasladó a vivir a un pueblo cerca de Guadalajara donde actualmente sigue viviendo con su exmujer y los niños. Posee estudios superiores universitarios y un nivel sociocultural y económico, medio-alto. Tiene su propio negocio, es consultor-formador, donde imparte cursos de gestión de equipos, técnicas de motivación y liderazgo a directivos de empresa.

No resalta ningún antecedente médico importante ni tampoco psicológico, aunque comenta que, si ha estado otra vez en consulta psicológica pero después de la segunda sesión, abandono la terapia porque no estaba satisfecho.

El paciente acude por iniciativa propia a consulta, a finales de mayo de 2022, requiriendo ayuda porque se siente regular y con decepción hacia él mismo y hacia los demás. Refiere que le surgen emociones pobres como rechazo, culpa, tristeza, busca racionalizar el origen de la emoción y justificar el porqué de esta. Concreta que ha decepcionado a su mujer, porque le fue infiel y no se ve capaz de salir de ese estado de ánimo triste, permanente, que siente desde hace meses, por haber provocado y sostenido esa situación.

Duerme regular, tiene pesadillas, se siente más fatigado, con movimientos enlentecidos al caminar. Pensar en el sufrimiento que la separación le puede provocar a sus hijos, le despierta sentimientos muy fuertes de culpa y tristeza profunda. Considera que es culpable del daño que ha provocado y debe pagar por ello. También comenta que tiene pasión por el golf, pero ya no disfruta de los torneos como antes lo hacía por estar pensando en que debería estar en casa con los niños.

Durante la entrevista, se observa orientación apropiada en el espacio y tiempo, la verbalización es adecuada con la situación terapéutica. También se distingue tristeza, fatiga, sonrisa forzada, poca energía, aunque con leve activación cuando habla de actividades que realiza con los niños.

De la terapia actual refiere que desea obtener ayuda para dejar de sentirse tan triste, culpable, decepcionado, dejar de estar tan preocupado y volver a disfrutar de sus actividades como antes.

3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Hasta el momento el paciente ha asistido a 10 sesiones de las cuales en las 2 primeras, se ha obtenido información para conocer más a fondo el problema y así realizar un plan terapéutico adaptado a la demanda del paciente.

En las primeras dos sesiones se ha utilizado la entrevista semiestructurada para recopilar información desde diferentes áreas de interés y así relacionarlas con la problemática del paciente. Este tipo de entrevista explora de manera ordenada aspectos relevantes para el caso clínico y permite que el terapeuta se adapte en cierto modo a las respuestas del paciente para clarificar la información y recopilar datos precisos (Muñoz, 2003).

En un principio se han utilizado preguntas abiertas para identificar el motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, recursos de afrontamiento, intentos de solución y resultados. Después se han realizado preguntas cerradas, basadas en los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor (APA, 2014) para profundizar en la sintomatología existente. Las preguntas basadas en los criterios diagnósticos se han utilizado tanto al principio de la terapia, como al final para que también se puedan observar los cambios producidos tras la intervención.

También ha recibido hojas de autorregistro (elaboración Psicosalud Alcalá; ver Anexo C) para que indique en su ambiente natural los episodios negativos, los pensamientos, las emociones, la respuesta física que tuvo y la duración e intensidad del sentimiento negativo. Estos autorregistros se utilizan para realizar el análisis secuencial del problema, en qué situaciones/lugares/con que personas aparece, que pasa antes, que hace piensa y siente el paciente

cuando aparece el problema y el análisis de parámetros, la frecuencia, duración e intensidad del problema (Vallejo y Comeche, 2016).

Además, como línea base y al principio de cada sesión, se ha evaluado el estado de ánimo como variable dependiente en una escala de 0 a 10, para observar los cambios existentes a lo largo de la terapia. Por último, se han enviado por correo los cuestionarios abajo indicados, para profundizar en la evaluación. Estos mismos cuestionarios se han aplicado también como medida post tratamiento para igualmente verificar los cambios en las variables que miden.

Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión (CET-DE; Alfonso-Fernandez, 1986; ver anexo D): Registra la presencia de síntomas depresivos distribuidos en cuatro dimensiones. Es una escala heteroadministrada (requiere la aplicación por parte de un entrevistador) de 63 ítems repartidos en cuatro partes: dimensión I (humor depresivo -2 1 ítems), dimensión II (anergia- 14 ítems), dimensión III (discomunicación – 14 ítems), dimensión IV (ritmopatía – 14 ítems). Para la dimensión I la puntuación ponderada se consigue reduciendo un tercio de su puntuación directa (multiplicando por 0,666) y para las otras tres la puntuación directa es considerada puntuación ponderada. La exposición final de las 4 dimensiones se realiza a través de un diagrama definido como depresograma. El punto de corte es de 32 y si una de las cuatro dimensiones ha alcanzado este nivel se admite la existencia de un estado depresivo. Los datos psicométricos indican a través de la sensibilidad y la especificidad que al alcanzar este punto de corte las personas tienen un 86% de probabilidad de padecer depresión. El índice Kappa muestra

una fiabilidad de concordancia entre observadores del 95% y la fiabilidad test-retest de Pearson es alrededor del 86%.

Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS; Weissman & Beck, 1978; ver anexo E):

Ha sido validada en español por Sanz y Vázquez (1993) y mide las cogniciones latentes que pueden ser causa de depresión. Consta de 35 ítems que se puntúan según una escala de tipo Likert en un rango de 4 puntos (0=totalmente en desacuerdo, 1=moderadamente en desacuerdo, 2=dudoso, 3=moderadamente de acuerdo, 4 = completamente de acuerdo) y se debe sumar el total para cada grupo de las 7 creencias, Aprobación (de 1 a 5), Amor (de 6 a 10), Ejecución (de 11 a 15), Perfeccionismo (16 a 20), Derecho sobre los otros (21 a 25), Omnipotencia (26 a 30) y Autonomía (31 a 35). Si se suman 15 puntos o más en cada grupo de creencias, significa que va a generar problemas en ese tema. Los datos psicométricos indican un alfa de Cronbach de .70 lo que indica una consistencia interna moderada. Respeto a la validez los resultados muestran que es capaz de distinguir entre personas deprimidas y no deprimidas tanto en cada una de las escalas como en la puntuación global.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI; Spielberger, et.al., 1983; ver anexo F):

Evalúa la ansiedad en el momento presente y la ansiedad de forma general en la mayoría de las ocasiones. La validación de la adaptación española fue realizada por Guillen-Riquelme y Buela-Casal (2014). Es un cuestionario autoinformado de 40 ítems, donde los primeros 20 son de la subescala Ansiedad Estado y los otros 20 de la subescala Ansiedad Rasgo. Se puntúa de 0 a 60 donde mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad y menor puntuación, menor nivel de ansiedad.

Las opciones de respuestas están codificadas como 0=nada, 1=algo, 2=bastante, 3=mucha. Las puntuaciones se transforman en centiles en función de edad y sexo. Los valores medios de alfa de Cronbach son de .91 para ansiedad estado y de .89 para ansiedad rasgo, mostrando una alta fiabilidad y consistencia interna del cuestionario.

4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

4.1. Análisis psicológico del problema

Área familiar/sentimental. Es hijo único y refiere buena relación con ambos progenitores, aunque se ven cada 3 meses, porque ellos viven en Castellón, ciudad de proveniencia del paciente. Comenta que siempre ha sido muy querido por sus familiares y que todos estaban pendientes de él desde muy pequeño, le veían encantador, muy gracioso y siempre era el centro de atención de los mayores. Solo remarca que por parte de su madre ha recibido una educación religiosa muy estricta.

Indica que, en la etapa de la adultez temprana, nunca tuvo relaciones estables, que ha estado con muchas mujeres, pero no se enamoraba de ninguna. Hace 14 años conoció a su exmujer, en un viaje laboral que los dos realizaron a Argentina y dos años después se casaron.

Se fueron a vivir a un pueblo de Guadalajara cerca de donde viven los padres de ella, con los cuales nunca ha tenido una relación muy buena porque considera que se entrometían demasiado en su vida de pareja ya que criticaban cualquier situación familiar, además de que iban a su casa sin avisar y a cualquier hora.

Comenta que tienen dos niños y que durante su matrimonio ha vivido muchos momentos bonitos, viajaban y siempre disfrutaban de los hijos.

En agosto del año pasado, decidió separarse porque su exmujer descubrió su infidelidad, aunque siguen viviendo en la misma casa con ciertas normas y responsabilidades en el cuidado de los niños, una semana está pendiente el y otra su exmujer. Referente a la situación de convivencia indica que tienen otro apartamento y quien no está a cargo de los niños se va a vivir ahí durante los fines de semana, pero todavía no han dado el paso de realizar la separación legal definitiva. Respeto a los niños, comenta que el mayor sabe sobre la separación y que estuvo llorando durante una semana por ello, en cambio el pequeño no sabe nada, aunque si hace preguntas de porque duermen en habitaciones separadas.

Muestra sentimientos de culpa por haber mentido e intenta continuamente justificarse el porqué de su comportamiento y se siente “molesto por haber provocado y sostenido esto”. Llevaban muchos años juntos y después de todo este tiempo salió la infidelidad y ella quedo “destrozada”. Al cruzarse con ella por casa, se siente culpable porque ve que no está bien, la observa triste, agotada, con ojeras, pérdida de peso y nota decepción en su voz. Refiere que pensar en el sufrimiento de los niños si él se va de casa, le provoca sentimientos de culpa, rechazo y tristeza profunda (“no me voy porque mi hijo llora”). Indica que, en la repartición de tareas sobre el cuidado de los hijos, considera que debe asumir más responsabilidades de las planeadas como, por ejemplo, “preparar las mochilas para el campamento cuando es la semana de mi ex de realizar tareas”.

Área laboral. Tiene su propio negocio, es consultor-formador, donde imparte cursos de gestión de equipos, técnicas de motivación y liderazgo a directivos de empresas. La empresa la dirige junto a su expareja y en este ámbito tienen una relación de cordialidad. En su trabajo, enseña técnicas de motivación laboral, pero después de cada clase de formación, él sigue igual de mal y triste y no entiende porque aun enseñando a los demás a estar motivados y productivos, a él le cuesta mucho disfrutar de su profesión como antes lo hacía. Observa que no puede ejercer su profesión con la facilidad de antes, se siente inútil, le cuesta mucho concentrarse o tomar decisiones.

Relaciones sociales y aficiones. Relativo a las actividades de ocio y deporte comenta que juega al golf y de vez en cuando realiza alguna técnica de meditación. Se ve poco con las amistades de su ciudad natal e indica que donde reside habitualmente desde hace 12 años, no ha establecido amistades, pero si tiene otros amigos con cuales queda de vez en cuando.

Indica que ya no tiene interés por actividades de las cuales antes disfrutaba porque va a torneos de golf como jugador aficionado, un deporte para cual siempre ha sentido pasión y ahora, el tiempo que dura el torneo se siente triste y culpable porque no aprovecha ese tiempo para estar con sus hijos. Igual le pasa cuando es la semana de su expareja para estar con los niños, se siente culpable por no estar con su familia y aunque a veces sale a divertirse con sus amigos, busca motivos para volver a estar con ellos (“hacer una barbacoa”, “ir al cine”). También si va al gimnasio, en vez de centrarse en los ejercicios que debe hacer, piensa en su familia.

Por otro lado, cuando ella quiere salir con sus amigas, aunque tiene que estar con los niños, considera que es él quien se debe “castigar” y estar con ellos (“soy su padre y debo estar, aunque no me corresponda y aun queriendo desconectar después de una semana intensa”).

Área de salud. No destaca ningún trastorno por parte de los padres o familiares cercanos y tampoco presenta antecedentes en consumo de droga o medicamentos. De la información recibida no se detecta la existencia de síntomas relacionados con el trastorno, en la infancia y adolescencia, pero si se observa sintomatología a partir de los eventos que el paciente describe y son reconocidos como posibles desencadenantes.

➤ **Modelo explicativo**

El trastorno del caso se puede explicar según el modelo cognitivo de la depresión que indica que las personas, por historia de aprendizaje o genética, poseen cierta vulnerabilidad cognitiva que les genera esquemas negativos de uno mismo, del mundo y del futuro. En momentos críticos o estresantes de la vida, estos esquemas negativos junto a la intensidad emocional asociada se activan y contribuyen a desencadenar la sintomatología depresiva que a la vez genera distorsiones cognitivas que aumentan y mantienen la depresión (Beck, 1983; Díaz et. al., 2017).

Para A.D. el sufrimiento de su exmujer y niños, debido a su infidelidad, activó pensamientos negativos sobre sí mismo” *he decepcionado a mi familia*” que junto a la culpabilidad *“me siento culpable por a ver provocado y sostenido esto”* desencadenaron la sintomatología depresiva que a la vez activo creencias como *“soy el causante del sufrimiento de los demás y debo pagar por ello”* que mantienen el trastorno.

4.2. Análisis funcional

A continuación, se muestran las conductas problemas de A.D. destacando los pensamientos desadaptativos y la culpa excesiva en distintas circunstancias relacionadas con el área de ocio y familiar del paciente.

Hipótesis de origen: El problema comenzó hace año y medio cuando A.D. se separó de su exmujer porque él le fue infiel. Desde entonces, al ver el malestar de su exmujer y al preocuparse por el sufrimiento de los niños, empezó a sentirse culpable, triste y a pensar que ha decepcionado a los demás y a sí mismo. Intentaba racionalizar y justificar el origen de las emociones “pobres” que sentía y el porqué de la situación, pero a pesar de sus intentos de analizarlo todo no conseguía dejar de sentirse culpable y triste. La vulnerabilidad cognitiva y la tendencia de buscar explicación a cualquier situación o emoción como modo de enfrentarse a ello son factores determinantes en la aparición de pensamientos desadaptativos sobre las posibles causas de sus problemas. Todo esto le llevo a desarrollar síntomas depresivos como, bajo estado de ánimo, “tristeza permanente, por haber provocado y sostenido esa situación”, pérdida de interés – “le apasiona el golf, pero ya no disfruta como antes”, dificultades de sueño –“duerme regular y tiene pesadillas”, enlentecimiento motor – “andaba mal al ir hacia el coche”, dificultades para concentrarse y sentimientos de inutilidad -” no puede ejercer su profesión con la facilidad de antes, se siente inútil, le cuesta mucho concentrarse o tomar decisiones”. y culpa excesiva -” es el padre y debe estar con los niños, aunque no le corresponda y aun queriendo desconectar después de una semana intensa”.

Dicha sintomatología, a su vez, creo más contenido cognitivo y emocional negativo, lo que hizo que la depresión se mantenga en el tiempo.

Hipótesis de mantenimiento: La conducta se mantiene debido a la interpretación que él paciente hace sobre sí mismo y sobre el sufrimiento de la exmujer e hijos y, debido a la culpabilidad excesiva como falta de recurso para hacer frente a la situación “*me siento culpable y no me veo capaz de salir de esto*”. Las variables disposicionales que contribuyen a mantener dicha sintomatología son la vulnerabilidad cognitiva del paciente, la rotura de pareja debido a su infidelidad, la convivencia con la expareja y los niños, la relación laboral con la exmujer. Los factores de protección son la pasión por el golf, círculo social y estabilidad laboral y económica.

Cuando A.D. realiza alguna actividad de ocio como hacer deporte o quedar con los amigos, piensa continuamente en los niños y que “*debería estar con ellos porque es el padre*”. Eso le hace sentir malestar y culpabilidad por pasárselo bien y por lo tanto busca excusas para volver con los ellos como “*hacer una barbacoa*”, “*ir al cine*” y así evitar sentirse mal. Esta conducta, a corto plazo es reforzada negativamente porque disminuye la culpa y el malestar y reforzada positivamente, por la sensación de control que tiene sobre la misma, lo que hace más probable que la repita. Por otro lado, a medio-largo plazo mantiene la evitación de experimentar emociones desagradables cuando no está con sus hijos lo que le provoca bajo estado de ánimo, disminuye la probabilidad de salir con sus amigos o hacer deporte y disminuye los reforzadores positivos que recibe de conductas alternativas (puntuar en un partido de golf). La figura 1 indica el

análisis funcional de la conducta problema de pensamientos desadaptativos y culpa excesiva cuando A.D. realiza alguna actividad de ocio.

Figura 1

Análisis funcional. Pensamientos desadaptativos y culpa excesiva cuando realiza actividades de ocio.

ANTECEDENTE	CONDUCTA	CONSEQUENTE
Ha quedado con sus amigos o esta en el gimnasio	Cognitiva: "Soy el padre y debería estar con los niños" "Me siento mal y culpable de pasármelo bien" Afectiva/Emocional: Culpa, malestar Motora/comportamental: Vuelve con los niños	Alivio del malestar y la culpa(R-) Sensación de control(R+)
		CONSECUENCIAS A MEDIO-LARGO PLAZO
		evita sentir emociones desagradables
		bajo estado de animo
		disminuye la probabilidad de salir con amigos o hacer deporte
		disminuyen los reforzadores positivos que recibe de conductas alternativas

Nota: R-: Reforzamiento negativo; R +: Reforzamiento positivo.

Los fines de semana cuando A.D. esta fuera de casa, porque es la semana de su exmujer para estar pendiente de los niños, piensa que "*es su obligación estar con los ellos*", aun queriendo desconectar después de una semana intensa de trabajo y por eso muchas veces asume más responsabilidades de las que les corresponde y accede a cuidarles para que ella salga con sus amigas. A corto plazo esta conducta hace que sienta alivio del malestar y la culpa, pero a largo plazo evita que pueda disfrutar de sus momentos necesarios de descanso, que acabe siéndose más fatigado, que tenga problemas de sueño y que pierda interés por actividades placenteras. La figura 2 indica el análisis funcional de la conducta problema de pensamientos desadaptativos y culpa excesiva cuando A.D. tiene que estar fuera de casa los fines de semana.

Figura 2

Análisis funcional. Pensamientos desadaptativos y culpa excesiva cuando tiene que estar fuera de casa los fines de semana

ANTECEDENTE	CONDUCTA	CONSECUENTE
Tiene que estar fuera de casa el fin de semana que no le corresponde cuidar a los niños	<p>Cognitiva: "Me siento mal y culpable porque mi obligación es estar en casa con los niños"</p> <p>"Soy su padre y debo estar, aunque no me y aun queriendo desconectar después de una intensa de trabajo"</p> <p>Afectiva/Emocional: Tristeza, culpa, malestar</p> <p>Motora/comportamental: Asume mas responsabilidades en el cuidado de los niños</p>	Alivio de la tristeza, la culpa y el malestar (R-)
		CONSECUENCIAS A MEDIO-LARGO PLAZO
		no descansa suficiente
		se siente mas fatigado
		problemas de sueño
		pierde el interes por actividades placenteras

Nota: R-: Reforzamiento negativo.

Al observar el malestar de su exmujer, verla triste, con ojeras y pérdida de peso y además escuchar a su hijo mayor llorando, piensa que decepciona a los que quiere y a sí mismo. Eso le hace sentir culpa, tristeza y pena, por lo tanto, intenta evitar la separación definitiva, conducta que a corto plazo es reforzada negativamente porque alivia esos sentimientos de tristeza y culpa. En cambio, a largo plazo disminuye el estado de ánimo, la culpa es más excesiva y además ningún miembro de la familia, elabora el duelo adecuado en una separación de pareja. La figura 3 indica el análisis funcional de la conducta problema de pensamientos desadaptativos y culpa excesiva cuando A.D. observa el sufrimiento de su mujer e hijos.

Figura 3

Análisis funcional. Pensamientos desadaptativos y culpa excesiva cuando observa el malestar de su exmujer e hijos

ANTECEDENTE	CONDUCTA	CONSECUENTE
Esta en casa y ve el malestar de su exmujer o escucha a su hijo mayor llorando	Cognitiva: "Decepciono a los que quiero y a mí mismo" "Mis hijos y mi exmujer sufrirán si me voy y todo irá mal"	Alivio de la tirsteza y la culpa(R-)
	Afectiva/Emocional: Tristeza, culpa, pena	
	Motora/comportamental: Evita la separación definitiva	
		CONSECUENCIAS A MEDIO-LARGO PLAZO
		disminuye el estado de animo
		culpa excesiva
		duelo no elaborado por la separación

Nota: R-: Reforzamiento negativo.

Toda esta problemática retroalimenta y mantiene la sintomatología depresiva que hizo que el paciente acudiese a terapia.

4.3. Resultados fase Pre-Evaluación

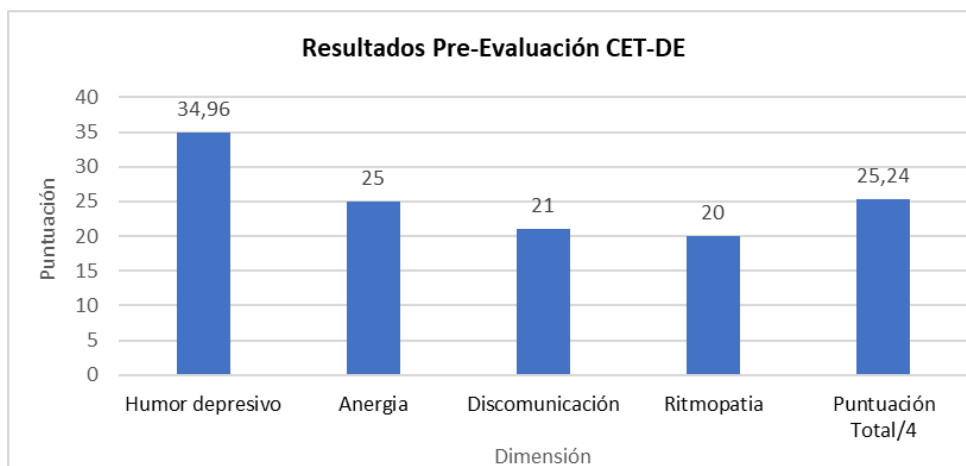
Respeto a la aplicación de los instrumentos en la fase de Pre-Evaluación, se han obtenido los siguientes resultados:

En el **Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE)** para el *humor depresivo* la puntuación ponderada es de **34,96** y según los ítems más puntuados, el paciente indica sensación de amargura, tristeza, falta de alegría, inquietud, sensación de pesadez en el cuerpo, molestias localizadas en la cabeza y cuello. Por otro lado, según los resultados obtenidos, se preocupa por haber hecho algo malo” he decepcionado a los demás y a mí mismo”, se cree responsable de lo que le pasa ahora y piensa que la situación no tiene arreglo. La dimensión *anergia* suma una puntuación de **25** y muestra que el paciente tiene dificultad para recordar, le cuesta trabajo pensar, tomar decisiones y da muchas vueltas a las cosas. Los resultados

de la dimensión discomunicación muestran una puntuación de **21**, indicando que el paciente está más sensible que antes, habla menos con su familia y amistades y es menos cariñoso que habitualmente. La suma de cuarta dimensión de ritmopatía, es de **20** donde el paciente muestra problemas de sueño, pesadillas y si se despierta antes de tiempo ya no puede dormir, además que también piensa más en el pasado y ya no hace planes de futuro. La figura 4 muestra los resultados del cuestionario.

Figura 4

Resultados de la aplicación del cuestionario CET-DE en la fase de Pre-Evaluación.

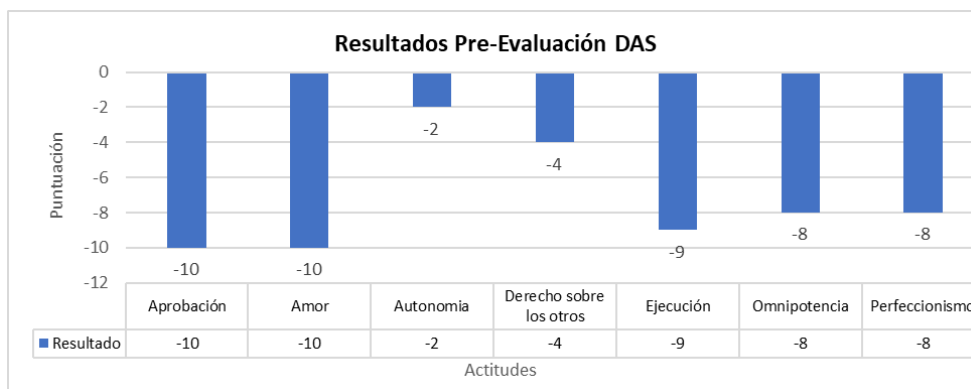


En la **Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)** se obtuvieron puntuaciones negativas, lo que indica que se mantienen actitudes disfuncionales, según cada creencia. Las actitudes aprobación y amor muestran un valor de **-10** lo que indica un defecto excesivo de la vulnerabilidad ya que el paciente guía su comportamiento según la aprobación de los demás. La puntuación de **-9** en la actitud ejecución deja ver que el paciente considera que su valor depende

de los resultados obtenidos, estando pendiente de ser competente en su vida profesional y olvidando otros aspectos como el ocio. Las actitudes *omnipotencia* y *perfeccionismo* con los valores de **-8** indica rigidez antes los cambios de la vida, exigencia hacia uno mismo y los demás, viendo las situaciones negativas como una tragedia. Tiende a acusarse por todos los problemas, experimentando culpa por lo no puede remediar. Las actitudes *autonomía* y *derecho sobre los otros* indican valores de **-2** y **-4** por lo tanto muestra que en parte entiende que sus sentimientos dependen de la manera en la que interpreta las situaciones y que los derechos de los demás a veces no coinciden con los propios. La figura 5 muestra los resultados de la escala.

Figura 5

Resultados de la aplicación de la escala DAS en la fase de Pre-Evaluación.

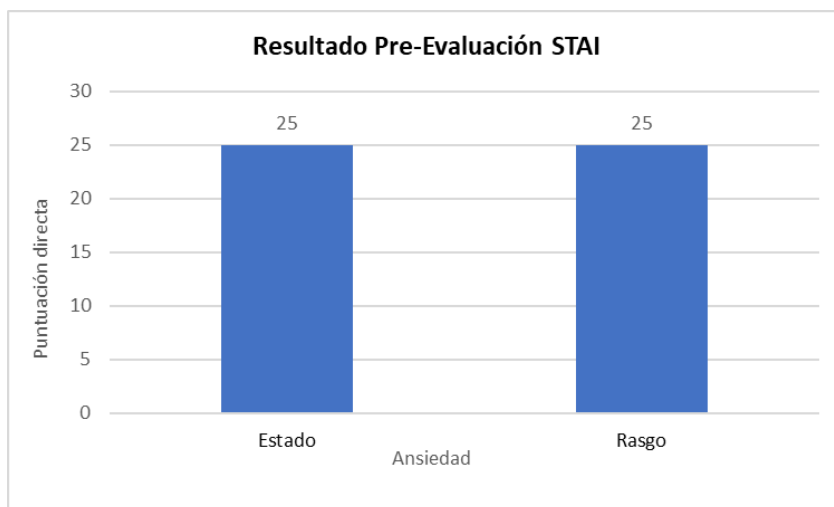


En el **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)**, se ha obtenido una puntuación directa de **25** en cada una de las subescalas, lo que muestra un percentil promedio alto de **70** en Ansiedad-Estado y uno de **75** el de Ansiedad-Rasgo. Interpretándose esta puntuación se puede

entender que el paciente tiene tendencia a sentir ansiedad antes situaciones estresantes, con predisposición a sentir las como amenazantes. La figura 6 muestra los resultados del inventario.

Figura 6

Resultados de la aplicación del inventario STAI en la fase de Pre-Evaluación.



Respecto a los criterios diagnósticos establecidos según el DSM-5 (APA, 2014) para el trastorno de depresión mayor, tras la entrevista realizada, se observa que el paciente cumple con los criterios A, “estado deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, disminución del interés por casi todas las actividades durante la mayor parte del día, insomnio, enlentecimiento motor casi todos los días, fatiga, culpabilidad excesiva y sentimiento de inutilidad, disminución de la capacidad de concentrarse” y C porque el episodio no se atribuye a consumo de sustancias o afección médica alguna, además de que el episodio de depresión no se explica por otros trastornos (criterio D) y nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco (criterio E).

4.4. Objetivos de intervención

Al acudir a la clínica, el objetivo de terapia que indico A.D., fue el de dejar de sentirse tan triste y culpable, de estar preocupado y volver a disfrutar de sus actividades como antes. A partir de la evaluación realizada se estableció como objetivo principal reducir la sintomatología depresiva.

Como se puede observar en el análisis funcional, A.D. es una persona que emplea la evitación para aliviar el malestar(culpa) que le provocan sus pensamientos sobre como llevan su exmujer y los hijos, la separación. En distintas circunstancias para aliviar el sentimiento de culpa y tristeza el paciente emplea conductas evitativas como volver a ver a los niños, aunque este realizando alguna actividad de ocio, cuida más tiempo de ellos del que le corresponde y sigue conviviendo con la exmujer y los niños.

El sentimiento de culpa está relacionado con la depresión como síntoma del episodio depresivo y viene acompañado de pensamientos desadaptativos hacía uno mismo o de no haber actuado adecuadamente antes una situación. Cuando la culpa se manifiesta en forma de distorsiones cognitivas, las personas buscan eliminarla o evitar su aparición a través de estrategias de negación, minimización, justificación, atribución a factores personales o externos para así reducir el malestar. Para afrontarla de manera adecuada, se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva (Echeburúa et. al, 2001)

De ahí que los objetivos específicos de la terapia fueron, identificar y modificar las creencias irracionales y distorsiones cognitivas del paciente, disminuir la culpa y mejorar el estado de ánimo.

5. TRATAMIENTO

El tratamiento llevado a cabo para identificar y modificar las creencias irracionales y distorsiones cognitivas del paciente, disminuir la culpa, mejorar el estado de ánimo y en definitiva reducir la sintomatología depresiva, ha durado 6 meses y ha sido compuesto por 10 sesiones de una hora a la semana, según la disponibilidad de A.D. para acudir a la terapia.

Con el propósito de cumplir los objetivos arriba descritos se han utilizado técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en auto - instrucciones.

Sesión 1: - 24.05.2022

En la primera sesión se realiza la entrevista psicológica para elaborar la historia clínica del paciente y se explica cómo se trabaja el modelo cognitivo conductual. Se detallan de los autorregistros (ver Anexo F) para analizar las conductas problemas. Se firma el consentimiento informado y se establece la próxima cita.

Sesión 2: - 03.06.2022

En la segunda sesión, se sigue evaluando a través de preguntas basadas en los criterios DSM-5 (APA, 2014) para profundizar en la sintomatología del paciente. Se explican los cuestionarios para que el paciente los cumplimente en su domicilio y se empieza a evaluar el estado de ánimo en una escala de 0 a 10. En esta sesión A.D. indica que es de un 4. Se le facilita al

paciente el ambiente necesario para la ventilación emocional lo que genera una fuerte alianza terapéutica. También se realiza psicoeducación sobre el duelo en una separación de pareja, como el hecho de que viva y trabaje junto a la exmujer hace que la adaptación a nivel cognitivo, emocional y conductual sea más prolongada dolorosa porque si ve a la otra persona la duda aflora, en cambio esa adaptación se acorta si no hay contacto. Para los niños el dolor es agudo al principio, pero si la separación es cordial a medio largo plazo remite.

Sesión 3: - 17.06.2022

En primer lugar, se revisa el estado de ánimo en la última semana en una escala de 1 a 10 y los posibles episodios negativos existentes. El paciente indica que su estado de ánimo en la escala sería un 5. Se revisan junto al paciente los autorregistros rellenos antes de acudir a sesión donde se observan distintos episodios negativos y se debaten las circunstancias en las que habían sucedido. El paciente no entendía porque, aunque analizaba la situación, seguía sintiendo emociones que consideraba pobres, como tristeza, rechazo, culpa y no sabía cómo controlarlas, así que mediante psicoeducación se explica como de un acontecimiento se deriva una creencia o un pensamiento que hace que aparezcan consecuencias emocionales, conductuales o físicas sobre dicho acontecimiento. Por lo último se explican los resultados de los cuestionarios y a partir de toda la información obtenida se establecen los objetivos terapéuticos y la manera de llevarlos a cabo.

Sesión 4: - 08.07.2022

Se empieza por preguntar el estado de ánimo y el paciente comenta que está en 5 y se analiza los episodios negativos que trae en la hoja de autorregistro. A.D. guía su comportamiento según la aprobación de los demás, considera que su valor depende de los resultados obtenidos y muestra rigidez ante los cambios de la vida, siendo exigente consigo mismo y con los demás. A raíz del debate sobre los episodios negativos también se realiza psicoeducación sobre la culpa para diferenciar entre la culpa y la responsabilidad, como la culpa es solo fustigar sin propósito en cambio la responsabilidad es la habilidad de responder a cada situación de la vida.

Se explica la técnica de reestructuración cognitiva, que son las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas y como se trabaja sobre ellas. A través de la técnica de flecha descendente se busca la creencia nuclear sobre cual se empieza a reestructurar. El paciente reflexiona y procesa contenidos profundos llegando a la creencia nuclear de “ser el causante del sufrimiento de los demás y debe pagar por ello”.

Partiendo de esta creencia se empieza a realiza la reestructuración cognitiva siguiendo las ideas irracionales de Ellis y se establece que las que más se adaptan a la problemática del paciente son las: **3** – *“cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”*, **5** – *“la desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones”*, **9** – *“ la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente”* y **10** – *“uno deberá*

sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás". Se pide al paciente que elabore en casa, su propia reestructuración cognitiva sobre la creencia nuclear siguiendo las ideas irracionales indicadas.

Sesión 5: - 15.07.2022

Se pregunta el estado de ánimo y el paciente indica que está en 6 en la escala de 1 a 10. Se empieza por las ideas irracionales 3 y 5 y se debate sobre la creencia nuclear” soy el causante del sufrimiento de los demás y debo pagar por ello”.

Idea irracional 3: *“Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”* - El paciente considera que debe ser castigado por los errores que ha cometido y tiene la sensación de que hasta que no reciba el mismo dolor no va a estar nunca en paz. Eso le hace aceptar situaciones que de otra manera no aceptaría, como quedarse con los niños muchas veces, aunque sea la semana que le corresponde a su exmujer. Ve este hecho como un castigo porque, por ejemplo, él ha pasado todo el verano con los niños y aunque quiera desconectar debe estar con ellos porque es el padre. Racionaliza la idea indicando que no es un castigo estar con los niños y que necesita disfrutar de actividades de ocio y descanso porque los niños no van a sufrir si sigue disfrutando de su vida ya que estará siempre que ellos le necesiten.

Idea irracional 5: *“La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones”* – A.D. se focaliza en las futuras consecuencias negativas que podría tener su infidelidad, que por su culpa tanto los niños

como su ex sufrirán y que todo iría mal. Igualmente ve el propio sufrimiento como consecuencia de saber que los demás van a sufrir por su comportamiento, no como consecuencia de sus propias creencias. Racionaliza indicando que es posible ser feliz, aunque el entorno sea desagradable momentáneamente porque la capacidad de felicidad y satisfacción depende de uno mismo y de cómo quiera enfocar cada acontecimiento en su vida. Entiende que su culpa no se debe a lo que pasa en el exterior, sino que es el quien está creando esa emoción por una reacción antes una situación o persona.

Sesión 6: - 02.09.2022

El estado de ánimo en la última semana es de 6. Se sigue con la reestructuración cognitiva sobre la creencia nuclear “soy el causante del sufrimiento de las demás personas y debo pagar por ello”.

Idea irracional 9: - *"La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente"* – El paciente cree que su conducta presente es debida a situaciones que vivió en el pasado y lo que está haciendo es replicar su respuesta ya automatizada. Debate que es irracional sufrir por una acción suya, no porque se repita la situación sino porque vive la consecuencia de esa acción. De ahí que cualquier cosa que le pasa en la vida puede ser un aprendizaje y una oportunidad para el cambio.

Idea irracional 10: - *"Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás"* – El paciente comenta que toda su vida ha pensado que su objetivo

era hacer que todos los que le rodean estén contentos y por eso ha ido modificando su conducta para adaptarla a los deseos de los demás. Con todo esto las personas con las que ha compartido su vida le han llamado a veces egoístas por no contar con ellas al tomar decisiones y por eso ha llegado a pensar que sea egoísta. Reestructura indicando que no es egoísta, sino que siempre se ha adaptado a los demás y los ha acostumbrado a ese modelo de comportamiento, pero las personas que le rodean son personas adultas y pueden gestionar por sí solas sus problemas. No puede gestionar su vida mientras se siga sintiendo culpable de lo que le pasa a su exmujer, pero si la apoyara cuando lo necesite.

Sesión 7: - 22.09.2022

El estado de ánimo del paciente es de 6 en la última semana y se le pregunta sobre los episodios negativos de la semana. Después de facilitar el espacio para la ventilación emocional necesaria, se empiezan a identificar las distorsiones cognitivas y se trabajan en relación con la creencia nuclear *“soy el causante del sufrimiento de las demás personas y debo pagar por ello”*.

Pensamiento dicotómico, sobregeneralización abstracción selectiva, inferencia arbitraria, magnificación y/o minimización, etiquetación - A.D. se lleva al extremo el sufrimiento de su expareja. Si ella sufre es porque él la hizo daño y si no sufre no tiene nada que ver con él. Debido a un mal momento que el causo, ella sufre mucho, esta traumatizada y va a ser siempre infeliz por su culpa, viéndose como único responsable de lo que la está pasando y piensa que la situación no tiene arreglo.

Reestructura que si después de un año y medio su ex sigue sintiendo dolor y frustración no es su culpa. Su comportamiento ha sido un detonante, pero igual que a él, lo que la hace sufrir son sus propias creencias y emociones. El hecho de que la duela ahora no significa que le debe de doler el resto de su vida, que no aprenda de ello y la única responsable de su cambio es ella misma. Entiende que cualquier cosa que le pasa en la vida, puede evaluarlo negativamente como una piedra en el camino o, verlo como un aprendizaje que le puede ayudar para mejorar como ser humano. A veces las cosas desagradables que pasan en la vida son una oportunidad de crecimiento personal.

Sesión 8: - 20.10.2022

Se pregunta el estado de ánimo que se indica que es de 7 y se comenta sobre los episodios negativos de la semana. Comenta como ha trabajado las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas y como cada vez menos al reestructurar el pensamiento, la culpa es menos potente.

Se le pide que elabore un listado de auto - instrucciones cortas para utilizarlas cuando le resulte difícil desmontar sus creencias irracionales. Se refuerzan los cambios existentes, de no evitar sentir culpa por no estar con los niños si realiza actividades de ocio, de no buscar maneras de estar con ellos, aunque es la semana de su exmujer. Ahora sabe que va a disfrutar mucho de pasar tiempo con ellos cuando es su turno de cuidarlos y tampoco cede en quedarse con los niños si le toca a su exmujer si él tiene planes.

Sesión 9: - 3.11.2022

Al ser preguntado el paciente refiere un estado de ánimo de 7 en la escala de 1 a 10. La terapeuta repasa con A.D. los episodios de la última semana y después se le explica la importancia de utilizar la reestructuración cognitiva fuera de la consulta para que a la larga que tenga efecto profundo a nivel emocional, porque si lleva mucho tiempo pensando de una determinada manera solo con reestructurar cierto número de veces no es suficiente para extinguir la creencia, por lo tanto, la tiene que seguir trabajando. Se envían de nuevo los cuestionarios utilizados al principio de la terapia y se evalúa a través de preguntas basadas en los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor (APA, 2014) para observar los cambios producidos tras la intervención. En el siguiente apartado se muestran los resultados.

Sesión 10: - 20.01. 2023

En la décima sesión el paciente comenta que el estado de ánimo es de 7 e indica que no hubo ningún episodio negativo, además de que ha trabajado la reestructuración y las auto - instrucciones en momentos que podría sentirse culpable como en las Fiestas Navideñas por recordar momentos en familia. También se explican los resultados de los cuestionarios y el cambio que muestran según las variables que miden. El paciente refiere que su estado de ánimo ha mejorado desde el principio de la terapia hasta ahora, que ya no se siente culpable cuando disfruta de sus actividades de ocio y no esta con los niños, además de que ahora entiende que el malestar de su expareja no depende de él. A nivel de comportamiento no verbal se observa alegre, enérgico y más distendido.

En esta sesión se le comenta la necesidad de seguimiento que se realizara mensualmente durante los próximos 3 meses para concluir con el alta y así afianzar el mantenimiento del aprendizaje y prevenir la recaída si se dan futuras situaciones que puedan volver a desencadenar la sintomatología en el paciente.

6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

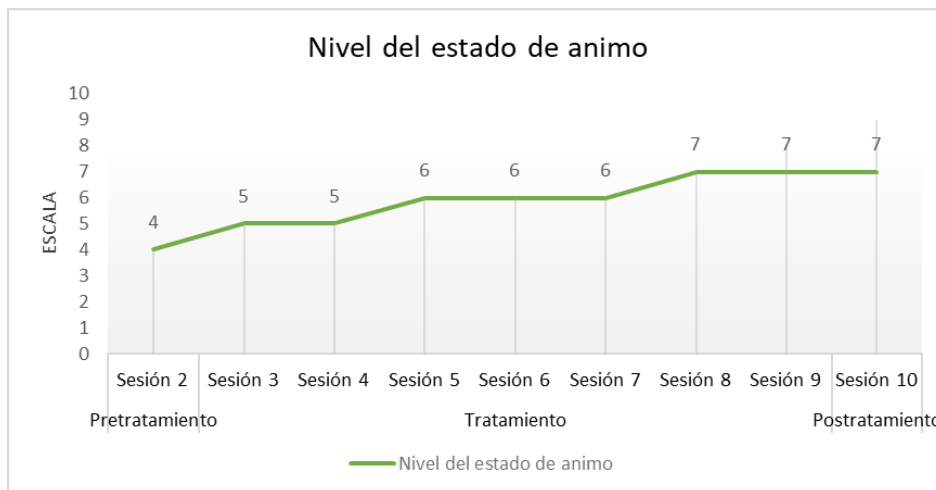
6.1. Adherencia al tratamiento

Actualmente se puede interpretar que el tratamiento de A.D. ha concluido, que los objetivos establecidos en un principio se han cumplido y la sintomatología del trastorno de depresión mayor ha remitido por completo, gracias al vinculo terapéutico establecido, a las técnicas de intervención y al nivel de compromiso e implicación en la terapia del paciente. El paciente comenta que ha aprendido mucho durante la terapia y que ha sentido que está en un entorno donde no se le juzga. El aprendizaje ha cambiado su día a día porque ya entiende que en función de sus propias creencias desarrolla las respuestas a ciertos eventos de la vida y que no es el hecho en sí, lo que le afecta de manera positiva o negativa, sino su manera de verlo.

Como se indica en la figura 7, después del tratamiento, se ha elaborado un gráfico con los resultados de la variable dependiente - estado de ánimo, en la fase de pretratamiento, tratamiento y postratamiento para que se puedan observar los cambios a lo largo de las sesiones.

Figura 7

Nivel del estado de ánimo en la fase de pretratamiento, tratamiento y postratamiento.



6.2. Comparación resultados fases Pre-Evaluación y Post-Evaluación

Con el propósito de valorar la eficacia del tratamiento se comparan los resultados de la fase de pre - evaluación con la de post - evaluación de la terapia. Los datos comparativos indican un cambio significativo en la medición de las variables que cada cuestionario evalúa y por consiguiente un cambio en la sintomatología del paciente. De esto deriva la eficacia de la terapia y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

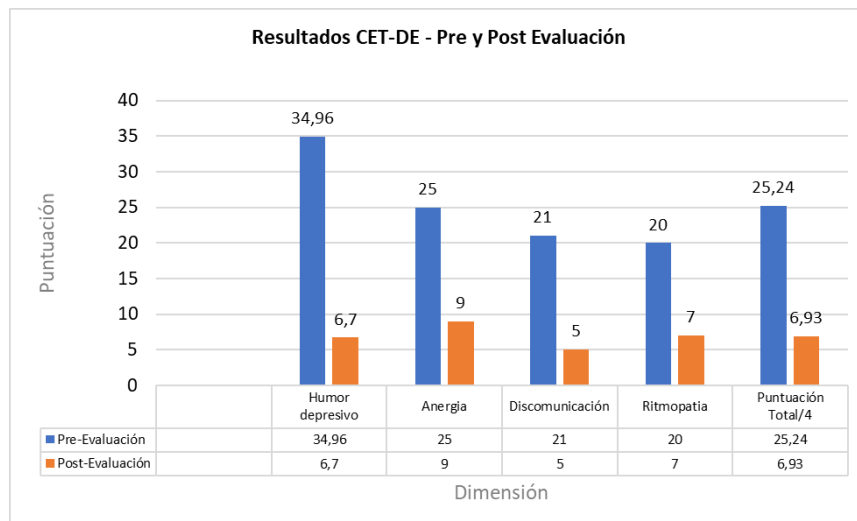
Después de la aplicación de los instrumentos de evaluación se han obtenido los siguientes resultados.

En el **Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE)** para el *humor depresivo* la puntuación ponderada es de 6,7 lo que indica una disminución significativa de sintomatología existente con respecto a la Pre-Evaluación. Los resultados muestran que ya no tiene

sensación de amargura, tristeza, falta de alegría, inquietud, sensación de pesadez o molestias en el cuerpo. También piensa menos en lo que ha pasado o que la situación no tiene arreglo. La dimensión *anergia* suma una puntuación de 9 por lo tanto el paciente ya no muestra tanta dificultad para recordar, pensar y tomar decisiones. Los resultados de la dimensión *discomunicación* muestran una puntuación de 5, significando que el paciente se comunica más con sus familiares y amigos que al comienzo del proceso terapéutico. La dimensión de *ritmopatía*, es de 7 por lo tanto ya no piensa tanto en el pasado, hace planes de futuro y los problemas de sueño han disminuido. La figura 8 indica los resultados Pre y Post - Evaluación del cuestionario.

Figura 8

Resultados CET-DE en la fase de Pre-Evaluación y fase de Post-Evaluación

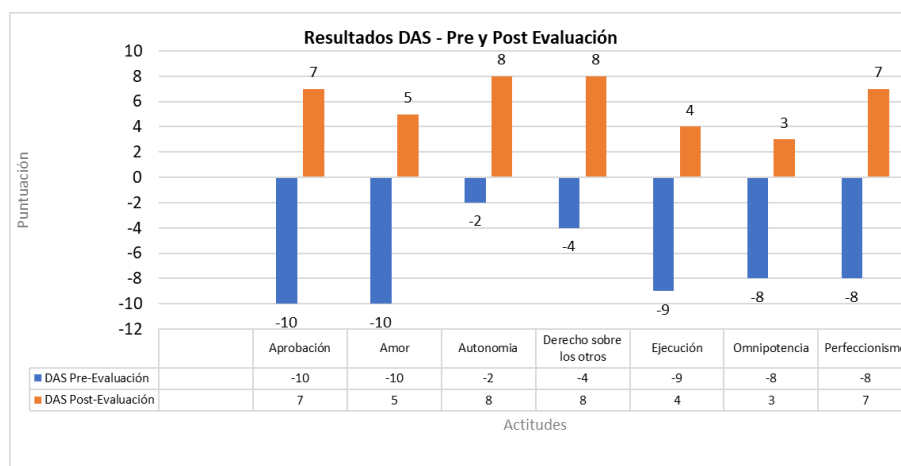


En la **Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)**, se obtuvieron puntuaciones positivas, lo que indica que las actitudes disfuncionales han disminuido. Las actitudes *aprobación* y *amor* muestran un valor de 7 y respectivamente 5 por lo tanto el paciente ya no guía su comportamiento

según la aprobación de los demás. La puntuación de **4** en la actitud *ejecución* refleja que ahora el paciente también está pendiente de sus actividades de ocio además de las profesionales y ya no considera que su valor depende tanto de los resultados obtenidos. Las actitudes *omnipotencia* y *perfeccionismo* con los valores de **3** y **7** indican que ya no vive las situaciones negativas de manera trágica y acepta los cambios de la vida. Ha bajado la exigencia hacia uno mismo y los demás, no se acusa por todos los problemas y tampoco experimenta tanta culpa como antes. Las actitudes *autonomía* y *derecho sobre los otros* indican valores positivos de **8** lo que refleja que es consciente de que sus pensamientos y sentimientos dependen de él y que los derechos de los demás no tienen que ser los mismos que los suyos. La figura 9 indica los resultados Pre y Post - Evaluación de la escala.

Figura 9

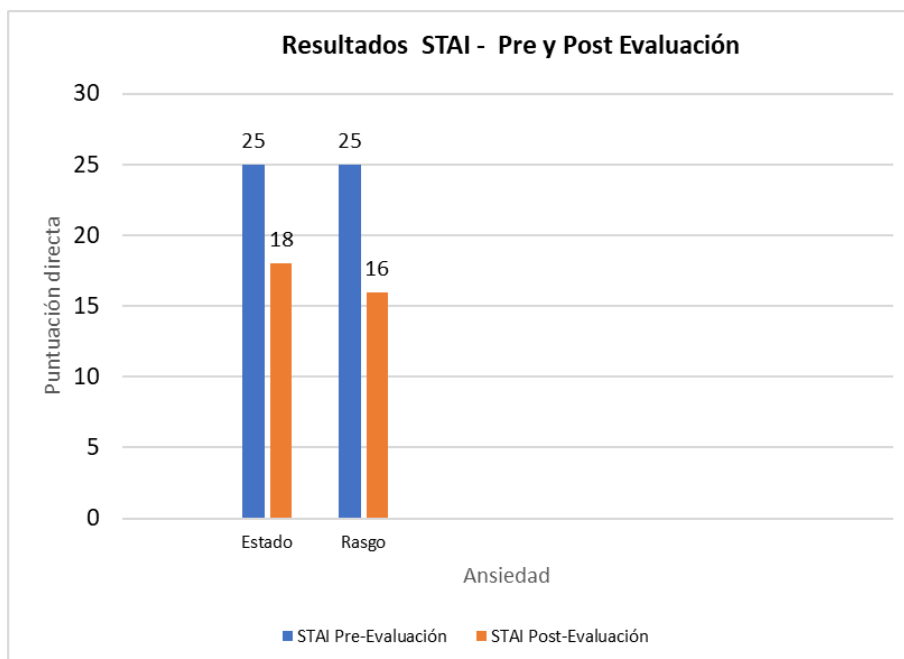
Resultados escala DAS en la fase de Pre-Evaluación y fase de Post-Evaluación



En el **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)**, se ha obtenido una puntuación directa de **18** en la subescala Ansiedad-Estado y respectivamente una puntuación de **16** en la Ansiedad-Rasgo lo que indica un percentil promedio de **30** en la Ansiedad-Estado y **45** en la Ansiedad-Rasgo. Interpretándose esta puntuación se puede entender que el paciente ha bajado el nivel de ansiedad antes situaciones estresantes y ya no las siente como amenazantes. La figura 10 muestra los resultados de la Pre y Post - Evaluación del inventario.

Figura 10

Resultados STAI en la fase de Pre-Evaluación y fase de Post-Evaluación



Respeto a los criterios diagnósticos establecidos según el DSM-5(APA, 2014) la evaluación aplicada al final de la terapia indica que el paciente ya no cumple con los criterios del

trastorno de depresión mayor. Abajo en la figura 11 se muestra la presencia o ausencia de sintomatología en ambas fases evaluativas.

Figura 11

Presencia de sintomatología basada en los criterios diagnósticos DSM-5 en la fase de Pre-Evaluación y Post-Evaluación.

Criterios DSM-5	Sintoma	Pre-Evaluación	Post-Evaluación
A. Síntomas presentes durante el mismo período de dos semanas	Estado deprimido la mayor parte del día, casi todos los días	SI	NO
	Repesentan un cambio del funcionamiento previo	SI	NO
	Perdida de peso	NO	NO
	Insomnio	SI	NO
	Enlentecimiento motor casi todos los días	SI	NO
	Fatiga	SI	NO
	Culpabilidad excesiva y sentimiento de inutilidad	SI	NO
	Disminución de la capacidad para concentrarse	SI	NO
	Pensamientos de muerte recurrentes o ideas suicidas	NO	NO
C. No se puede atribuye a consumo de sustancia o alguna afeccion medica			
D. El episodio de depresión mayor no se explica por otro trastorno psicologico			
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco			

Teniendo en cuenta los autorregistros, aunque en un principio se ha recopilado información para utilizarla en realizar el análisis funcional, determinar la problemática del paciente y establecer los objetivos, dado el hecho que el paciente no los ha cumplimentado a lo largo de la terapia, a través de dicha herramienta no se han podido observar cambios.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se ha detallado en el apartado anterior a través de los resultados obtenidos, el paciente ha evolucionado de manera positiva y al cumplirse los objetivos terapéuticos se puede concluir que el tratamiento ha sido útil y efectivo. Según iba avanzando la terapia, se observaba mejoría en la problemática del paciente tanto por su manera de verbalizar, como por la

observación del comportamiento no-verbal en sesión y a través de la medición de la variable estado de ánimo al principio de cada sesión.

Primer objetivo específico: - identificar y modificar las creencias irracionales y distorsiones cognitivas

El proceso de reestructuración cognitiva utilizado a lo largo de la terapia, para identificar y modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas ha hecho que el paciente cambie su visión negativa sobre sí mismo, el mundo y el futuro, que tenía hasta ahora. Se ha sustituido el contenido de pensamientos irracionales por otros más racionales y ajustados a la situación. El paciente ha comprendido que un mismo evento puede tener varias interpretaciones y que él, es responsable solo de su manera de pensar y actuar.

El cambio a nivel cognitivo también se ve reflejado a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS; Weissman & Beck, 1978) cual indica que las actitudes disfuncionales han disminuido y el paciente ya no guía su comportamiento por la opinión de los demás, se dedica a sus actividades de ocio sin sentir culpa, no vive las situaciones negativas de manera trágica y acepta que todo lo que ha sucedido es un aprendizaje para mejorar como persona. Ha dejado de ser exigente consigo mismo, no se acusa de los problemas de su exmujer y ya no siente tanta culpa cuando piensa en los niños mientras esta fuera de casa, ni realiza conductas de evitación si aparece el sentimiento.

Segundo objetivo específico: - disminuir la culpa y mejorar el estado de ánimo

El análisis y modificación de pensamientos desadaptativos por otros más realistas han disminuido el nivel de culpa y mejorado el estado de ánimo ya que ahora el paciente distingue los pensamientos irracionales y los reestructura. Entiende la culpa como emoción reguladora que incita a evitar daños futuros, porque al sentirla le ayuda a reparar situaciones desagradables que ha podido provocar.

La culpa a nivel cognitivo es mala conciencia y a nivel emocional remordimiento, por lo tanto, experimentar dicha emoción en exceso y realizar conductas de afrontamiento inadecuadas hacen que influyan negativamente en el bienestar de las personas (Echeburúa et. al, 2001). Para A.D., la culpa provocaba que realizase conductas como volver con los niños si estaba realizando alguna actividad de ocio o cuidar más tiempo de ellos aun necesitando descansar para así disminuir el malestar experimentado.

Respeto a la mejora en el estado de ánimo se vio reflejada tanto en la línea base, en los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014), como a través del Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE; Alfonso - Fernandez, 1986) que se aplicó al principio y al final de la terapia. El paciente ya no siente tristeza, falta de alegría, inquietud, no muestra tanta dificultad para recordar y tomar decisiones. Se comunica más con sus familiares y amigos, no piensa tanto en el pasado, hace planes de futuro y los problemas de sueño han disminuido.

Todo esto evidencia que después de la terapia, la formación de esquemas nuevos disminuye la culpa y la sintomatología depresiva si los objetivos establecidos se centran en que el paciente desarrolle pensamientos más asequibles a la hora de interpretar la realidad.

Desde lo descrito en los párrafos anteriores, en este caso se ha constatado la eficacia de las técnicas, empleadas en la disminución de la sintomatología depresiva. Los resultados concuerdan con la revisión efectuada por Puerta y Padilla (2011) sobre la utilidad de las técnicas de la Terapia cognitivo - conductual para la depresión. Los datos también coinciden con las investigaciones que indican las relaciones causales entre los pensamientos automáticos, las actitudes disfuncionales y los síntomas depresivos en los procesos de cambios que ocurren durante la terapia (Kwon & Oei, 2003; Vázquez et al., 2010).

Aun así refiriéndonos a las limitaciones que posee este estudio, no podemos saber si a largo plazo la reestructuración cognitiva fuera de la consulta sería suficiente, porque para que haga efecto a nivel emocional requiere práctica continua por parte del paciente. Haber pensado de una manera desadaptativa durante mucho tiempo, si se da otra situación desencadenante los pensamientos y las emociones pueden volver a aparecer y reactivar la sintomatología depresiva.

Con respecto a futuras líneas de investigación para casos de trastornos de depresión mayor en primer lugar, hay que tener en cuenta la individualidad de cada persona, entendiendo que el proceso terapéutico debe ser adaptado al sufrimiento de cada persona que acude a la consulta. Favorablemente el enfoque cognitivo - conductual tiene distintas técnicas que pueden adaptar el tratamiento a las necesidades de los pacientes.

Para concluir y a nivel personal agradezco la oportunidad de haber participado como coterapeuta en este caso y haber podido observar la profesionalidad de la psicóloga Mar Rúa Silva, de PsicoSalud Alcalá, experta en Terapia Cognitivo-Conductual. La manera que ha abordado el caso desde el principio, el vínculo terapéutico que se creó con el paciente además de las técnicas de evaluación y tratamiento hicieron que presenciara en primera persona el cambio que A.D. experimento, desde el momento que acudió a terapia, cabizbajo, triste, serio y desilusionado, hasta el último día que estuve participando cuando se reía, se le veía alegre y contento.

De todos los casos en los cuales he participado como coterapeuta en la clínica, he elegido este para el Trabajo de Fin de Máster, por la particularidad de requerir trabajar mayormente la reestructuración cognitiva siendo para mi unas de las técnicas más complicadas en terapia y cual considero que requiere mucho conocimiento para llevarla a cabo de manera efectiva. Observar como la terapeuta empleaba la técnica con soltura para ayudar al paciente a disminuir la sintomatología depresiva, me impresiono porque su manera de trabajar hacía que el paciente entrase fácilmente en la dinámica de mejorar su estado psicológico, sin oponer resistencia en comprender sus ideas irracionales o distorsiones cognitivas. De la misma manera, toda la terapia me ha aportado conocimientos psicológicos y experiencia directa para la práctica profesional.

También he elegido este caso, porque ha sido la primera vez que he tenido la oportunidad de ver un paciente en terapia, justo el día que empecé las practicas, el 24 de mayo de 2022 por lo tanto igualmente agradezco a A.D. en darme la oportunidad de ser parte de su proceso terapéutico.

8. REFERENCIAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49–74.
- Alonso Fernández, F. (1989). *CET-DE: cuestionario estructural tetradimensional para la depresión: (un cuestionario para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión): manual* (6ª ed.). TEA Ediciones.
- Aragonès, E., Piñol, J., L., Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, 41(10), 545-551. [10.1016/j.aprim.2008.11.011](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.011)
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, (5.ª ed.). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 8(1), 23-50.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización* (1.ª ed.). Editorial Gedisa.
- Bedoya V., L., D. (2019). Distorsiones cognitivas en terapia cognitiva de Beck. *Área Profesional I: Psicología Clínica P6801*.

- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J.P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Boschloo, L., Bekhuis, E., Weitz, E., Reijnders, M., DeRubeis, R., Dimidjian, S., Dunner, D., Dunlop, B., Hegerl, U., Hollon, S., Jarrett, R., Kennedy, S., Miranda, J., Mohr, D., Simons, A., Parker, G., Petrak, F., Herpertz, S., Quilty, L., Rush, J., Segal, Z., Vittengl, J., Schoevers, R. & Cuijpers, P. (2019). The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: results from an individual patient data meta-analysis. *World Psychiatry*, 18: 183-191. <https://doi.org/10.1002/wps.20630>
- Burns, D., & Spangler, D. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior therapy*, 32(2), 337-369.
- Caballo, V., E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1.), (1.ª ed.). Siglo XXI.
- Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive therapy and research*, 41, 417-433.
- Clark, D. (2013). Cognitive restructuring. *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy*, 1-22.

- Contreras, Y., Miranda, O., y Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 71-85.
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/492/449>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., y González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100063>
- de Juan, A. (2021). Revisión sistemática y metaanálisis sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(3), 310-315.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. (2019). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: a network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 76(7), 700-707.
- Díaz, M., Ruiz, M^a. de los A., y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Driessen, E., Cohen, Z.D., Lorenzo-Luaces, L., Hollon, S.D., Richards, D.A., Dobson, K.S., Dimidjian, S., Delgadillo J., Vázquez F.L., McNamara K., Horan, J.J., Gardner P., Oei T.P., Metha A.H.P., Twisk J.W.R., Cristea I.A., & Cuijpers, P. (2022). Efficacy and moderators of cognitive therapy versus behavioural activation for adults with depression:

- Study protocol of a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BJPsych Open*, 8(5), E154. [10.1192/bjo.2022.560](https://doi.org/10.1192/bjo.2022.560)
- Echeburua, E., Corral, P., Amor, P., J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta* 27(116), 906-929.
- Ellis, A. & Bernad, M. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva. Vol.2*. Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (2014). *Usted puede ser feliz: terapia racional emotiva para superar la ansiedad y la depresión*. Paidós.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 850-870.
- Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 46-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>
- González-Terrazas, R. y Aguilera, M. D. G. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 29(4), 175-195.
- Guillén-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2014). Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 101-112. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000100007>
- Hernán, S. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 9-20. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>
- Kabat-Zinn J., Williams M. (2017). *Mindfulness: Su origen, significado y aplicaciones*. Kairos.

- Kwon, S., & Oei, T. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 34(1), 73-85.
- Martinez, C., M. D. L., y Rosales P., C. R. (2019). La Indefensión Aprendida: un asunto de interés para el estudio de procesos psicológicos y sociales. *Sinergias educativas*, 4(1).
- Matos, A., y Manzano, G. (2021). Bases neurológicas de la depresión: Array. *Analogías Del Comportamiento*, (19).
- <https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/analogias/article/view/5165>
- Muñoz, M. (2003). Guía de la entrevista clínica general. Manual Práctico de Evaluación. *Psicológica Clínica*, 1, 273-275.
- Nezu, A.M., Nezu C.M., y D´Zurilla, T.J. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. Desclée De Brouwer.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 18 de noviembre). *Depresión*.
- [Depresión \(who.int\)](https://www.who.int)
- Pérez, M., y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez-Padilla, E.A., Cervantes-Ramírez, V.M., Hijuelos-García, N.A., Pineda-Cortés, J.C., y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

- Puerta, J. V. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión. Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2). <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3903329.pdf>.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rodríguez, M. Y. A., y Gafaro, L. M. G. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 146-158.
- Runia, N., Yücel, D.E., Lok, A., Jong, K., Denys, D., van Winger, G.A., Bergfeld, I.O. (2022). The neurobiology of treatment-resistant depression: A systematic review of neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, vol. 132, 433-448. Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.008>
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (67), 707-750. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/36622/>
- Sanz F., J., Izquierdo, A., y García V., M. P. (2013). Una revisión desde la perspectiva de la validez de contenido de los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 139-175.
- Segal, Z., Williams, M. y Teasdale, J. (2017). *Terapia cognitiva basada en el Mindfulness para la depresión*. (2ª ed.). Kairos.

- Seligman, M., & Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of experimental psychology*, 74(1), 1-9.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Steffen, A., Nübel, J., Jacobi, F., Bätzing, J., & Holstiege, J. (2020). Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC psychiatry*, 20(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02546-8>
- Vallejo, M., A. y Comeche M^a, I. (2016). *Lecciones de terapia de conducta*. (2.^aed). Dykinson.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139.
- Vázquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
- Vera-Villaruel, P. E., y Guerrero, Á. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2(1), 21-26.
- Viviana Herskovic, V., Matamala, M. (2020). Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 183-187. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190032>

Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation [Speeches/Meeting Papers; Reports – Research]. <https://eric.ed.gov/?id=ED167619>

9. ANEXOS.

ANEXO A. Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) para el Trastorno de Depresión Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: no incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observables por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

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

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

ANEXO B. Consentimiento informado

DATOS DEL CENTRO	DATOS DEL CENTRO
<p style="text-align: center;">MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA</p> <p>Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.</p> <p>1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECOGIDA DE DATOS DE LAS SESIONES</p> <p>Desde el DATOS DEL CENTRO ubicado en DATOS DEL CENTRO se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Los datos recogidos podrán emplearse para el desarrollo de trabajos de investigación.</p> <p>2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS</p> <p>Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.</p> <p>En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.</p>	<p>de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de formación y desarrollo profesional.</p> <p>4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO</p> <p>Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la recogida de datos de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación, investigación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.</p> <p>Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en participar y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.</p> <p>En , a de de 20....</p> <p>Firmado:</p> <p>Don/Dña.:</p>

ANEXO C. Hoja de autorregistro (elaboración Psicosalud Alcalá)



Centro de Psicología

FECHA:

ANÁLISIS FUNCIONAL

¿QUÉ PASO ANTES?	¿QUÉ PENSAMIENTOS TUVO?	¿QUÉ SENTIO?	¿TUVO ALCUNA RESPUESTA FÍSICA?	¿QUÉ HIZO?	¿QUÉ PASO DESPUÉS?	DURACIÓN DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS	INTENSIDAD DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS (De 0 a 10)



Centro de Psicología

ANÁLISIS FUNCIONAL

FECHA: 10 de junio

¿QUÉ PASO ANTES?	¿QUÉ PENSAMIENTOS TUVO?	¿QUÉ SENTIO?	¿TUVO ALGUNA RESPUESTA FÍSICA?	¿QUÉ HIZO?	¿QUÉ PASO DESPUÉS?	DURACIÓN DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS	INTENSIDAD DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS (De 0 a 10)
<p>Durante la semana que he pasado con los niños, su comportamiento ha tenido momentos difíciles, algo que considero totalmente normal en niños de 3 y 4 años: no obedecen, se pelean, se echan las culpas el uno al otro, se hacen de rabiar...</p> <p>He tenido conversaciones con ellos y en una de ellas les dije que si eran capaces de no hacerme enfadar durante 24 horas, tenía un pequeño premio para ellos. Lo conseguieron al tercer día y estuvieron contentos y orgullosos. Cada vez que me enfadaba les explicaba las razones y con frustración lo aceptaban.</p> <p>En una de las llamadas le comenté a mi expareja todo lo anterior y su reacción fue decirme que esa acción mía es PERVERSA, que no podía condicionar su comportamiento a mi reacción emocional.</p>	<p>Las acciones perversas las realizan las personas perversas, ERGO YO SOY perverso a los ojos de mi expareja.</p>	<p>Frustración, indignación, rabia, tristeza.</p>	No.	<p>Analizar mis emociones y tratar de gestionarlas para evitar fastidiarme un día mínimo de mi vida.</p> <p>Analizar el mensaje de mi expareja quitando mi componente emocional.</p>	<p>Acepté y entendí que no puedo educar a mis hijos basándome en cómo reacciono yo a su comportamiento dado que éste puede estar influido por muchos factores.</p>	4 horas	7

Plaza de España Nº 5- 1º A – 28805 ALCALÁ DE HENARES (Madrid) Tlf. 91 882 50 54
www.psicosaludalcala.com email: info@psicosaludalcala.com

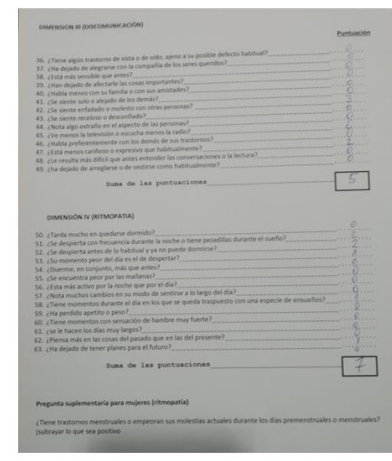
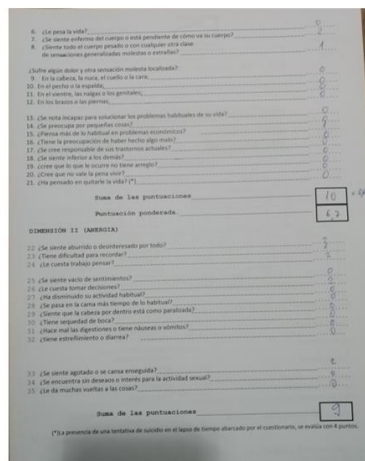
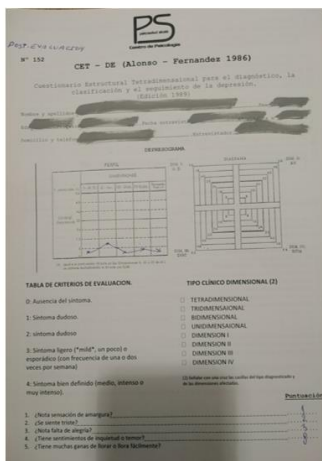
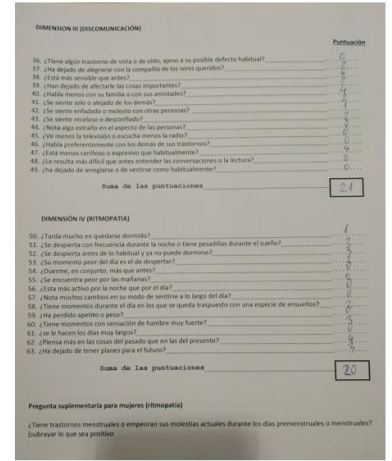
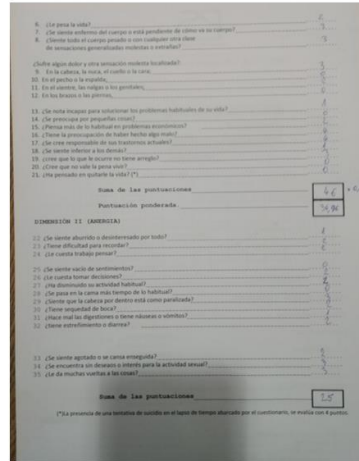
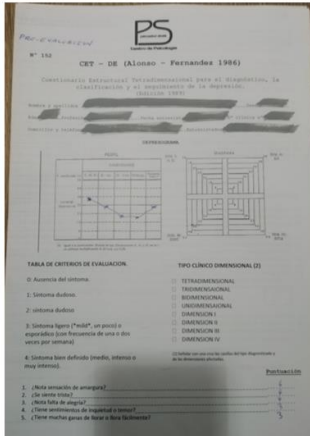
FECHA: ANALISIS FUNCIONAL

¿QUÉ PASO ANTES?	¿QUÉ PENSAMIENTOS TUVO?	¿QUÉ SENTIO?	¿TUVO ALGUNA RESPUESTA FÍSICA?	¿QUÉ HIZO?	¿QUÉ PASO DESPUÉS?	DURACIÓN DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS	INTENSIDAD DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS (De 0 a 10)
<p>En una conversación normal con mi exmujer sobre la alimentación de los hijos, puse en duda una de las muchas propuestas que recibí. La reacción que se tuvo a mi punto de vista fue enfado muy fuerte porque consideró que yo no quería apoyar "nada" de su propuesta.</p>	<p>¿Qué he podido decir de manera incorrecta? ¿He de medir cada una de mis palabras para que no se malinterprete? ¿Cuánto rechazo tiene esta persona hacia mí?</p>	<p>Incomprensión por la reacción a un comentario que pretendía ser constructivo. Frustración por no haber transmitido correctamente mi mensajes. Frustración por el rechazo hacia mis opiniones. Pena por la facilidad en la que se pueden generar emociones pobres en una relación. Tristeza.</p>	No.	<p>Afrontar la situación e intentar hablar con mi ex tratando de entender el por qué de su reacción, intentando analizar por ella la expresión "no me apoyas en nada" cuando sólo daba mi opinión sobre una pequeña parte del todo.</p>	<p>No pude obtener respuesta racional por su parte y esperé al día siguiente. Pedí hablar con ella y retomé el tema con tranquilidad, sin ese componente emocional. Entendí mi punto de vista y me dijo que lo que le molestó fue mi tono y mi sonrisa irónica. Me disculpé por ello (aunque no fue mi intención utilizar un tono hiriente) y llegamos a un acuerdo amigable y tranquilo sobre la dieta de los hijos.</p>	4 horas	5 horas

Plaza de España Nº 5- 1º A – 28805 ALCALÁ DE HENARES (Madrid) Tlf. 91 882 50 54
www.psicosaludalcala.com email: info@psicosaludalcala.com

ANEXO D: Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE;

Alfonso-Fernandez, 1986)



ANEXO E. Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS; Weissman & Beck, 1978)

PRE-EVALUACION

PS
Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)

Completamente De acuerdo: CD
Moderadamente De acuerdo: MD
Dudoso: D

Moderadamente en Disacuerdo: MDE
Totalmente en Disacuerdo: TDE

Item	CD	MD	D	MDE	TDE
29. Si un niño tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo.	X				
30. Tengo que ser capaz de agrandar a todo el mundo.	X				
31. No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.		X			
32. No tiene sentido el tratar de cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte vital e inevitable de la vida diaria.		X			
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.			X		
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me sucede.	X				
35. La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no poseen estas marcas.					X

PS
Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)

Completamente De acuerdo: CD
Moderadamente De acuerdo: MD
Dudoso: D

Moderadamente en Disacuerdo: MDE
Totalmente en Disacuerdo: TDE

Item	CD	MD	D	MDE	TDE
29. Si un niño tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo.	X				
30. Tengo que ser capaz de agrandar a todo el mundo.	X				
31. No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.		X			
32. No tiene sentido el tratar de cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte vital e inevitable de la vida diaria.		X			
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.			X		
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me sucede.	X				
35. La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no poseen estas marcas.					X

Completamente De acuerdo: CD
Moderadamente De acuerdo: MD
Dudoso: D

Moderadamente en Disacuerdo: MDE
Totalmente en Disacuerdo: TDE

Item	CD	MD	D	MDE	TDE
29. Si un niño tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo.	X				
30. Tengo que ser capaz de agrandar a todo el mundo.	X				
31. No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.		X			
32. No tiene sentido el tratar de cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte vital e inevitable de la vida diaria.		X			
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.			X		
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me sucede.	X				
35. La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no poseen estas marcas.					X

HOJA DE CORRECCIÓN (DAS)

ACTITUDES	ITEMS	PUNTUACIONES DE CADA ITEM	PUNTUACION TOTAL
1. Aprobación	De la 1 a 5.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
2. Amor	De la 6 a 10.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
3. Ejecución	De la 11 a 15.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
4. Perfeccionismo	De la 16 a 20.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
5. Derecho sobre los otros.	De la 21 a 25.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
6. Omnipotencia	De la 26 a 30.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
7. Autonomía	De la 31 a 35.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5

POST-EVALUACION

PS
Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)

Completamente De acuerdo: CD
Moderadamente De acuerdo: MD
Dudoso: D

Moderadamente en Disacuerdo: MDE
Totalmente en Disacuerdo: TDE

Item	CD	MD	D	MDE	TDE
29. Si un niño tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo.	X				
30. Tengo que ser capaz de agrandar a todo el mundo.	X				
31. No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.		X			
32. No tiene sentido el tratar de cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte vital e inevitable de la vida diaria.		X			
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.			X		
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me sucede.	X				
35. La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no poseen estas marcas.					X

PS
Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)

Completamente De acuerdo: CD
Moderadamente De acuerdo: MD
Dudoso: D

Moderadamente en Disacuerdo: MDE
Totalmente en Disacuerdo: TDE

Item	CD	MD	D	MDE	TDE
29. Si un niño tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo.	X				
30. Tengo que ser capaz de agrandar a todo el mundo.	X				
31. No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.		X			
32. No tiene sentido el tratar de cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte vital e inevitable de la vida diaria.		X			
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.			X		
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me sucede.	X				
35. La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no poseen estas marcas.					X

Completamente De acuerdo: CD
Moderadamente De acuerdo: MD
Dudoso: D

Moderadamente en Disacuerdo: MDE
Totalmente en Disacuerdo: TDE

Item	CD	MD	D	MDE	TDE
29. Si un niño tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo.	X				
30. Tengo que ser capaz de agrandar a todo el mundo.	X				
31. No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.		X			
32. No tiene sentido el tratar de cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte vital e inevitable de la vida diaria.		X			
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.			X		
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me sucede.	X				
35. La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no poseen estas marcas.					X

HOJA DE CORRECCIÓN (DAS)

ACTITUDES	ITEMS	PUNTUACIONES DE CADA ITEM	PUNTUACION TOTAL
1. Aprobación	De la 1 a 5.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
2. Amor	De la 6 a 10.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
3. Ejecución	De la 11 a 15.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
4. Perfeccionismo	De la 16 a 20.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
5. Derecho sobre los otros.	De la 21 a 25.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
6. Omnipotencia	De la 26 a 30.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5
7. Autonomía	De la 31 a 35.	$1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 + 1 \times 1 = 5$	5

ANEXO F. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI; Spielberger, et.al., 1983)

STAI A/E $70 - 25 = 45$
A/R $75 - 25 = 50$

PRE-EVALUACION AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellido y nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Calle: _____ Casa/Piso: _____ Estado/Prov: _____
Código Postal: _____ Fecha: _____

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describir uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE VA AHORA MISMO, en sus reacciones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describe su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tranquilo	0	1	2	3
4. Estoy controlado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (como a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento aferrado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento desanimado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosgado	0	1	2	3
14. Me siento muy relajado (como optimista)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobrecargado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A-R INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describir uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE VA EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la que mejor describe cómo se siente VA generalmente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me siento rápidamente	0	1	2	3
23. Quanto ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Planto oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento desanimado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y relajada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Siento tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Dudo enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me vanidos y molestos pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre ansiedades y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

STAI A/E $70 - 25 = 45$
A/R $75 - 25 = 50$

POST-EVALUACION AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellido y nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Calle: _____ Casa/Piso: _____ Estado/Prov: _____
Código Postal: _____ Fecha: _____

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describir uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE VA AHORA MISMO, en sus reacciones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describe su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tranquilo	0	1	2	3
4. Estoy controlado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (como a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento aferrado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento desanimado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosgado	0	1	2	3
14. Me siento muy relajado (como optimista)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobrecargado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A-R INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describir uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE VA EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la que mejor describe cómo se siente VA generalmente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me siento rápidamente	0	1	2	3
23. Quanto ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Planto oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento desanimado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y relajada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Siento tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Dudo enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me vanidos y molestos pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre ansiedades y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3