



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

UNAM IZTACALA

“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA INCIDIR EN LA DEPRESIÓN CAUSADA POR LA MUERTE DE UN FAMILIAR: UN ESTUDIO DE CASO”

“Reporte de Investigación Empírica”

Procesos en Psicología Clínica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

JUANA MARGARITA PACHECO LEÓN

Director Mtro. David Javier Enríquez Negrete
Dictaminadores: Lic. Gustavo Montalvo Martínez
Lic. Josefina Villalobos Badillo



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Edo. De México, Noviembre, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

2.3.1.6.- Formulaciones de Análisis Funcional	26
2.3.1.7.- Evaluación de los Resultados del Tratamiento	26
2.3.2.- Beneficios de la Evaluación Cognitivo Conductual	27
2.4.- Criterios Diagnósticos según el DSM-IV para la Depresión	28
CAPÍTULO 3: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
CAPÍTULO 4: MÉTODO	34
4.1.- Selección del Paciente	34
4.2.- Tipo de Estudio	34
4.3.- Identificación del Paciente	34
4.4.- Análisis del Motivo de Consulta	35
4.5.- Historia del Problema	36
4.6.- Selección y Aplicación de las Técnicas de Evaluación	37
4.7.- Consideraciones Éticas	38
4.8.-Aplicación del Tratamiento	39
4.8.1.- Fase I (Pre-evaluación)	39
4.8.2.- Fase II (Intervención)	39
4.8.3.- Fase III (Post- evaluación)	40
4.9.- Evaluación de Eficacia y Efectividad del Tratamiento	40
CAPÍTULO 5: RESULTADOS	42
5.1.- Pre evaluación	42
5.2.- Intervención Cognitivo Conductual (Sesiones)	42
5.3.- Post evaluación	47
5.4.- Evaluación de la Eficacia del Proceso de Intervención	48
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	56
LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÉNDICES	66

RESUMEN

El objetivo principal del siguiente estudio es “Evaluar la efectividad de un Programa de Intervención Cognitivo-Conductual dirigido a mermar los síntomas depresivos del usuario causados por el secuestro y asesinato de su padre”. En la pre evaluación se aplicó el inventario de Beck y el CES-D para identificar el grado y los síntomas de este trastorno. Posteriormente se desarrolló un programa de tratamiento y se evaluó su efectividad a través de una post evaluación. Los resultados muestran cambios en todas las medidas de la pre y post evaluación y se discuten en términos de la efectividad del programa para intervenir en casos con estas particularidades.

Palabras clave: Depresión, intervención, técnicas cognitivo conductuales, tratamiento

SUMMARY

The principal objective of the following study is “to evaluate the effectiveness of a program of cognitive-conductive intervention aimed at decreasing the depressive symptoms of the patient caused brought about by the kidnapping and murder of her father.” The program begins with an initial evaluation through the Beck inventory and the CES-D, in order to identify the severity and symptoms of this disorder. An evaluation was carried out in order to identify the impact. The results show changes in all measures of the pre and post assessment; and these are discussed in terms of the effectiveness of the program to intervene in cases either these characteristics.

Key words: Depression, intervention, cognitive conductive techniques, treatment

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo se ha definido a la depresión como una enfermedad, un síndrome y/o un trastorno que afecta a la persona en su esfera emocional. Las diversas definiciones de este fenómeno van de acuerdo a la sintomatología y al modelo terapéutico que la explica (Hernández, 2010). Hoy en día se conocen sus causas, características y tratamientos para abordarla; además es considerada uno de los trastornos psiquiátricos más comunes y graves a nivel mundial (Caballo, 1998).

En los años 40's, la depresión se consideraba como un síntoma en la mayoría de las enfermedades mentales (Ehrenberg, 2000). Actualmente se entiende como una enfermedad que afecta las emociones y el cuerpo de las personas que la padecen (Yapko, 2006); también se considera un trastorno que altera el estado de ánimo y logra que el sujeto tenga pensamientos negativos sobre sí mismo, afectando su salud mental, ya que todo pensamiento influye a nivel emocional, conductual y físico en la vida de la persona (Beck, 1983).

El DMS-IV establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas, aunque no todas las personas experimentan todos los síntomas. La gravedad y duración de éstos varía mucho de una persona a otra, y entre los síntomas más comunes se encuentran: estado de ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo; pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o parejas (dificultad para sentir cariño por los seres queridos); pérdida o aumento importantes de apetito y peso; insomnio, incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás, disminución de energía, fatiga; sentimientos de culpa o inutilidad; dificultad para concentrarse; pensamientos de muerte o ideas suicidas.

Por la relevancia de este problema y sus consecuencias, el presente trabajo busca dar un panorama general sobre cómo se lleva a cabo el trabajo terapéutico –bajo la perspectiva cognitiva-conductual- para incidir sobre la depresión (Capítulo 1), y posteriormente se destaca la trascendencia que tiene el proceso de evaluación para la selección adecuada de

un tratamiento (Capítulo 2). Finalmente a través de un estudio de caso, se describe un programa de intervención para incidir en la depresión y se discuten sus resultados y la efectividad de éste.

CAPÍTULO 1

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

El enfoque cognitivo-conductual surgió de dos enfoques psicológicos, el cognitivo y el conductual. El primero tuvo sus orígenes filosóficos con Zenón de Citio (Siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio. Estos filósofos argumentaban que las emociones humanas estaban basadas en ideas, de esta manera los sentimientos más intensos se controlaban, a partir del cambio de ideas (Beck, 1983). Por su parte, el enfoque conductual pretende manejar la conducta a partir de las teorías del aprendizaje, las cuales por lo general consideran que el resultado del aprendizaje es un cambio en el comportamiento y destacan los efectos de los eventos externos sobre el individuo (Woolfolk, 2006).

Del enfoque cognitivo han surgido diferentes teorías, las cuales toman en cuenta a las cogniciones como centro de intervención. Y entre las más destacadas se encuentran: a) Teoría del procesamiento de la información, ésta mira al hombre como un sistema dentro de un medio cambiante, por lo que necesita capacidades para adaptar información de sí mismo y del mundo, dándose así una transformación cognitiva que afecta las emociones y conductas de la persona; b) Las teorías cognitivas sociales toman en cuenta la forma cómo los eventos en el medio externo influyen en la esperanza y expectativas de la persona para controlar las situaciones externas; y lo que se origina a partir de expectativas negativas y sentimientos de indefensión que llevan a la desesperanza; c) Las teorías cognitivo-conductuales son el resultado de la unión con el enfoque conductual y estudian la regularización de las conductas a partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de situaciones ambientales cambiantes. Así mismo explican por qué los factores tanto ambientales como cognitivos son responsables de la presencia de trastornos como la depresión, ya que los factores cognitivos manipulan los efectos del ambiente en que se desarrolla la persona (Belloch, 1995).

1.1 PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCUTAL

Para Yapko (2006), el principio fundamental de la terapia cognitivo-conductual es la resolución de problemas personales actuales con el objetivo de atenuar los síntomas mediante la intervención en las cogniciones para modificar comportamientos, es decir, en esta terapia se toman en cuenta dos elementos para intervenir, las cogniciones o pensamientos y las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

Por su parte Beck (1983), opina que “los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”, es decir, la terapia cognitivo conductual se enfoca en las cogniciones, las cuales son centro de intervención, ya que los pensamientos se fortalecen por las actitudes aprendidas a lo largo de las experiencias previas del paciente, llegando a formar y reforzar los comportamientos de la persona en su medio.

La presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad se debe, entonces, a las distorsiones cognitivas que elabora el paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente (Beck, 1983). Mientras la persona tenga una creencia irracional o una percepción inadecuada del mundo o de su entorno, ésta puede reforzar los pensamientos distorsionados, provocando conductas que mantienen o elaboran cogniciones o pensamientos irracionales, originando síntomas que afectan a la persona tanto física, psicológica y socialmente (Hernández, 2010).

1.1.1 Características de la Terapia Cognitiva Conductual

Las cuatro características de la terapia cognitivo-conductual, según Beck (1983), son las siguientes: activa, directiva, estructurada y de tiempo limitado. La relación entre paciente y terapeuta debe ser activa, es decir, el terapeuta es guía durante las sesiones de la intervención, por lo tanto está en continua interacción con el paciente; de igual manera éste último es la persona que reformula las cogniciones. La segunda característica tiene que ver con el proceso directivo, ya que es necesario tener un objetivo de intervención para atender las demandas del paciente, a través del uso de técnicas y estrategias que sirvan para el cumplimiento de tal objetivo. La tercera característica tiene que ver con la estructura de la terapia, ésta debe estar acorde al objetivo terapéutico, tomando en cuenta el tiempo,

técnicas y estrategias para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones en el cambio de su comportamiento. Por último el proceso terapéutico debe tener un tiempo limitado durante el cual se cumpla el objetivo terapéutico.

Así, Gavino (2002) propone una característica más, la cual tiene que ver con la atención a los síntomas objetivos presentados por el paciente durante la terapia, a partir de éstos se identifican las cogniciones que fortalecen los síntomas y se evalúan de forma lógica y empírica para fortalecerlos o debilitarlos. Después de esto se continúa a modificar la conducta, con el objetivo de eliminar los pensamientos que favorezcan las conductas que dan origen a la presencia de trastornos.

Es importante tomar en cuenta ciertos elementos para fortalecer la relación terapéutica durante la intervención, esto son: aceptación, empatía y autenticidad. La aceptación tiene que ver con la preocupación e interés del terapeuta hacia el paciente, la cual se muestra a través de la expresión de gestos, tono de voz y forma de construir las frases que da el paciente. La empatía se refiere a la habilidad de ver y experimentar la vida del paciente tal como él lo hace, sin juicios, ni rechazo para que el mismo paciente, pueda reestructurar las cogniciones o pensamientos distorsionados. Por último la autenticidad del terapeuta es fundamental, ya que permite la comunicación sincera y asertiva; y se logra confianza y honestidad en cada uno de los comentarios hacia las distorsiones del paciente para facilitar la corrección de ideas (Beck, 1983).

Otras características del terapeuta son la confianza, el *rapport* y la colaboración. La confianza tiene que ver con el ser directivo ante las técnicas y estrategias que formule para solucionar el problema, también es importante que tenga el control de las sesiones al poner límites ante cualquier situación frente al paciente, sin perder la cordialidad; así mismo deberá ser objetivo y discreto ante el problema que se plantea. Así la primera fase del tratamiento se logra en gran parte por la iniciativa del terapeuta por dirigir el proceso hacia el objetivo, mientras que en la segunda fase el paciente realiza más cosas por sí solo al reorganizar sus pensamientos y comportamientos (Beck, 1983).

El *rapport* se considera una combinación de elementos emocionales e intelectuales. Por un lado, permite que el paciente perciba al terapeuta como una persona que lo acepta y lo comprende; y también el *rapport* sirve para reforzar conductas adaptativas del paciente, es decir, permite tenerlo motivado para el tratamiento y llevar a cabo los procedimientos establecidos a lo largo de la intervención. A través de la colaboración se intenta comprometer al paciente en una alianza de cooperación terapéutica para alcanzar el objetivo de la intervención, gracias al trabajo en equipo. Con tales características, el terapeuta colabora activamente con el paciente en la exploración de experiencias psicológicas de este último y en la construcción de programas de actividades y tareas que ayudarán a la reestructuración y al cambio de cogniciones y conductas distorsionadas (Hernández, 2010).

1.2 ESTRUCTURA DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS COGNITIVO CONDUCTUAL

Gavino (2002), afirma que para emplear el enfoque cognitivo conductual en sesiones terapéuticas, es importante identificar primero el motivo de consulta mediante las quejas y demandas del paciente, las cuales llegarán a ser los objetivos terapéuticos. Lo anterior se logra al recolectar información sobre la problemática, a través de la aplicación de instrumentos de evaluación como son entrevista, registros, inventarios, escalas, etc. Una vez obtenida la información, el terapeuta realiza un análisis funcional, en el cual se identifican las variables que tendrá que intervenir para que las quejas desaparezcan y las demandas se cumplan; de esta manera se lograrán establecer los objetivos del proceso terapéutico. Para el cumplimiento de estos últimos es importante elegir técnicas terapéuticas adecuadas y el orden en que se llevarán a cabo en la intervención. A lo largo de la aplicación del tratamiento, el terapeuta también recolecta los resultados de la intervención para observar si los objetivos se van alcanzando. Después de haber terminado la intervención, se sugieren sesiones posteriores de seguimiento para comprobar si los resultados del tratamiento se mantienen, son mejores o hay recaídas. En el caso de que el paciente tenga recaídas se puede implementar nuevamente el tratamiento para reafirmar el objetivo o para tratar nuevas demandas.

Asimismo, Beck (1983), propone una estructura formal de intervención de acuerdo a la terapia cognitiva, la cual toma en cuenta una serie de pasos. Se inicia con la obtención de datos tanto del paciente como de la situación problemática, posteriormente se informa y prepara al paciente sobre el fundamento teórico del enfoque terapéutico a seguir, el cual es la terapia cognitivo-conductual. La explicación de este sustento teórico se lleva a cabo durante la primera sesión y parte de la segunda, durante estas sesiones, el terapeuta le presenta, al paciente, el plan general y fundamento teórico de la terapia; también se le dan ejemplos sobre los elementos en los cuales se va a intervenir, es decir, las cogniciones o pensamientos. Es muy importante que durante la sesiones de intervención, el terapeuta haga hincapié sobre la conexión entre pensamiento y sentimiento, ya que en el enfoque cognitivo-conductual se toma en cuenta la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas. Después de explicar sobre la dinámica de trabajo del enfoque terapéutico, se implementa un programa de intervención comprensible y apropiado para el paciente; de esta manera participará de forma activa, podrá identificar sus problemas y aprenderá nuevas formas de solución.

Para formular el plan de terapia de cada sesión, es importante tener siempre presente el objetivo principal, el cual consiste en que el paciente aprenda a identificar las cogniciones distorsionadas y comportamientos inapropiados, para así comenzar a reconocerlos y cambiarlos por unos más apropiados a la realidad; así como también eliminar síntomas y prevenir recaídas durante y después del tratamiento. El tener una agenda, al comienzo de cada sesión, es fundamental para tener el control de los temas relevantes a tratar en el proceso terapéutico y de las experiencias que el paciente tiene desde la última sesión a la actual, tomando en cuenta los eventos vividos y las tareas en casa. La agenda también puede incluir los registros diarios de pensamientos y conductas, los cuales permiten al terapeuta analizar el impacto de la terapia durante las sesiones (Beck, 1983).

El proceso de intervención, generalmente consta de 15 a 20 sesiones, realizadas una vez por semana, y en casos graves dos veces por semana durante un periodo de 4 a 5 semanas; y posteriormente se van disminuyendo hasta comprender de 10 a 15 semanas con una sesión semanal. Al finalizar el tratamiento, se recomienda realizar 4 o 5 sesiones de

apoyo durante todo el año, para reforzar lo aprendido durante la terapia y evitar recaídas (Beck, 1983).

En conclusión, el proceso terapéutico inicia con el conocimiento sobre el paciente y la situación problemática; una vez obtenida la información, se interviene mediante la planeación de cada una de las sesiones, las cuales deben tener las técnicas más aptas para el cumplimiento del objetivo terapéutico. Después de realizar el tratamiento, se plantea la posibilidad de retomar sesiones posteriores para evitar recaídas.

1.3 TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Para alcanzar el objetivo terapéutico, es importante utilizar estrategias en las cuales se lleven a cabo técnicas para lograr que el paciente aprende a solucionar los problemas que presenta como demanda terapéutica; algunos de estos problemas pueden ser la presencia de trastornos como la depresión y ansiedad, entre otros (Valadez, 2002). Las técnicas de intervención utilizadas se basan en los principios de procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Por lo tanto los patrones básicos de la personalidad que sean irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio (Sánchez, et al. 1999).

Por su parte Beck (1983), afirma que todo comportamiento que tiene el individuo es determinado por la manera en cómo éste percibe su entorno, bajo la interacción establecida entre ambos. De esta manera, las técnicas utilizadas en este enfoque terapéutico, provienen de los dos enfoques que lo conforman y fortalecen, es decir, técnicas cognitivas y conductuales. Ambas ayudan a que el paciente logre reformular las cogniciones distorsionadas y con ello la modificación de las conductas.

1.3.1 Técnicas Cognitivas

Según Beck (1983), las técnicas cognitivas permiten que el paciente reorganice la estructura cognitiva al identificar sus pensamientos ilógicos y al comprender las reglas para organizar la realidad que soportan estas cogniciones. Ejemplos de estas técnicas son: estrategias de cambio cognoscitivo, autoafirmaciones de enfrentamiento y la biblioterapia.

Las estrategias de cambio cognoscitivo permite que el paciente compruebe la hipótesis de una forma científica y lógica para poner a prueba todos los pensamientos por lo tanto se juzga la evidencia, se sondean las alternativas y se analizan las consecuencias. Las autoafirmaciones de enfrentamiento son afirmaciones a partir de la reestructuración cognitiva y promueven la retroalimentación de pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas, bajo la lógica de la realidad. La biblioterapia permite al paciente enfocarse en libros de autoayuda, lo que ayuda al paciente a cuestionar sus creencias irracionales y a considerar opciones que faciliten la solución de problemas (O'Connor & Schaefer ,1997)

1.3.2 Técnicas Conductuales

Estas técnicas se enfocan en la conducta observable del paciente y su propósito es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para promover una mejoría en su ejecución, lo que permite comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se rechazan, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades con mayor dificultad. Algunas técnicas conductuales en la intervención de trastornos como la depresión son: programación de actividades, técnicas de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, práctica cognitiva, role playing y tareas para casa (Beck, 1983).

La programación de actividades permite contrarrestar la poca motivación del paciente, ya que al planificar el tiempo, lo mantiene ocupado, impidiendo así, el retroceso a un estado de inmovilidad que permita el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y las conductas inapropiadas; por lo tanto las actividades en el programa deberán ser graduales y del agrado del paciente. Las técnicas de dominio y agrado permiten incrementar actividades que promueven sentimientos de placer, diversión o alegría; por el contrario actividades que den poca satisfacción provocarán pensamientos distorsionados que afectan el área emocional del paciente. Con lo que respecta a la asignación de tareas graduales, es importante que el terapeuta realice un plan de acción que contenga, la definición del problema, un proyecto con tareas a realizar tanto simples como complejas. Es importante mencionar que durante la intervención se observa, de forma constante, al paciente y el logro de cada tarea; también se estimula a la persona para que sea capaz de evaluar de forma realista los obstáculos presentes en la realización de las tareas (Beck, 1983).

La práctica cognitiva permite inducir las cogniciones del paciente hacia la imaginación, se busca que la persona divague sobre alguna actividad e identifique los posibles obstáculos; es importante, entonces, que el terapeuta identifique y desarrolle soluciones ante tales problemas. En la técnica del role playing se adopta un papel, con esto se intenta clarificar cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente para que éste pueda reestructurar pensamientos distorsionados a partir de la expresión de ideas y emociones de otro personaje. Y la última técnica empleada por Beck, manifiesta la importancia de asignar tareas graduales para casa, éstas permiten identificar y hacer frente a los problemas que se presentan día a día. El objetivo es saber cómo reacciona la persona y qué estrategias emplea o puede emplear para resolver ciertas situaciones.

Se puede decir, entonces, que a través de las técnicas propuestas por Beck, se logra que el paciente, a partir de la reestructuración cognitiva-conductual, puede modificar la percepción del mundo y la existencia de trastornos psicológicos.

1.4 INTERVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN CON LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

A lo largo del tiempo, han surgido diferentes concepciones o definiciones de la depresión. Por ejemplo, Garza (2004), señala que la depresión es una enfermedad cuyas características son: estado de ánimo triste, pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad.

Por su parte el DSM IV de la American Psychological Association, primero la considera como un estado de ánimo, posteriormente la concibe como un síndrome por agregarle una serie de síntomas; y por último la describe como un trastorno depresivo, ya que en un episodio depresivo no solo se toman en cuenta los síntomas propios de una condición clínica, sino que intervienen otros elementos como duelo, situación familiar, problemas económicos, entre otros.

Por su parte Quinn (2003) argumenta que la depresión afecta no sólo los sentimientos y las emociones del paciente sino también su salud, sus relaciones

interpersonales, su habilidad para trabajar eficientemente y su capacidad para concentrarse y pensar con claridad.

En la presente investigación se definirá conceptualmente la depresión de acuerdo con Beck (1983), por tanto se conptúa como un trastorno del estado de ánimo que afecta al individuo y también proporciona una explicación originada a partir de la intervención de las precepciones y conductas generadas por los pensamientos irracionales.

Para entender la intervención cognitivo-conductual en el trastorno de la depresión, es necesario los principios descritos por Beck (1983). Uno de estos principios es la existencia de una “triada cognitiva” en la que intervienen tres patrones cognitivos que tiene el paciente con depresión. Estos patrones refieren a la manera de percibirse a sí mismo, a sus experiencias (pasado) y a su futuro.

Primero se considera la visión negativa que tiene el paciente acerca de sí mismo, es decir, su autoestima es baja, pues menosprecia sus habilidades y a su persona. El segundo elemento cognitivo, hace referencia a la forma negativa que tiene para interpretar todas las experiencias de vida, al considerar que todo lo que el mundo le pide es exagerado y con obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos. Y el tercer elemento de la triada cognitiva, retoma la visión negativa que tiene la persona acerca de su futuro; por ejemplo, realizar proyectos en los que se forman expectativas muy altas difíciles de cumplir; por lo que surgen frustraciones, privaciones, sufrimiento y sentimiento de fracaso.

De acuerdo con Beck (1983), la terapia cognitiva de la depresión, expresa seis tipos de errores en el procesamiento de la información que posee la persona depresiva. La inferencia arbitraria (elaboración anticipada de una conclusión sin obtener la evidencia que la respalde); la abstracción selectiva (atención que se le da a un determinado aspecto, logrando ignorar algunas características relevantes de la situación); la generalización excesiva (se obtiene a partir de hechos aislados que le permiten a la persona el poder concluir o elaborar una regla); la maximización y minimización (se emplean para emitir una evaluación que se realiza hacia la magnitud e impacto que tiene una situación y que viene a promover la distorsión de los pensamientos en el individuo); la “personalización” (es la tendencia a atribuirse a sí mismo aquellas situaciones externas que no marcan la

conexión con la situación presente); el pensamiento absolutista (forma de mantenerse en algún extremo de las categorías que maneje la persona, por ejemplo buen o malo, inocente-culpable, etc.)

El paciente deprimido acostumbra tener un pensamiento primitivo, el cual consiste en emitir juicios globales, es decir, el paciente es extremo, negativo, categórico y absolutista, con esto se origina una respuesta emocional tanto negativa como extrema, por lo que no hay un pensamiento maduro que permita la reestructuración de la cognición en función de una evaluación lógica de la realidad. En consecuencia, se considera que la depresión puede desencadenarse por una anormalidad o enfermedad física que activa aquellas creencias latentes que dan paso a la cognición de una vida poco placentera y llena de sufrimientos (Beck, 1983).

Por todo lo anterior, este enfoque terapéutico centra su atención en el tratamiento de las cogniciones y comportamientos que posee la persona con depresión, tomando en consideración el trabajo con las emociones. Todo ello se logra a partir de la formulación del objetivo terapéutico, estructuración de las sesiones y el establecimiento de las técnicas que le apoyarán en la intervención (Hernández, 2010).

CAPÍTULO 2

EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Según Costa y Serrat (1998) “la evaluación es un proceso continuo y constante que nos permite, no solo elaborar hipótesis de tratamiento y objetivos específicos de intervención sino también valorar la eficacia de las intervenciones diseñadas y del proceso terapéutico general, facilitándonos así la tarea de revisar hipótesis erróneas y ensayar nuevas estrategias terapéuticas”.

Por considerarse un proceso la evaluación psicológica, es muy importante un método a seguir, así como también instrumentos de evaluación como entrevistas, cuestionarios, escalas, etc. Tanto el método como los instrumentos serán elegidos de acuerdo al objetivo de estudio, a la naturaleza de la situación y sobre todo de los pacientes (Vásquez, 1995).

El primer paso para comprender la evaluación de los trastornos afectivos, es comprender la diferencia entre síntoma, síndrome y cuadro clínico. El término “depresión” a veces se emplea para referirse a un estado de ánimo bajo, decaído o triste; sin embargo este estado de ánimo, así descrito, es simplemente un síntoma anímico que está presente en muchos momentos en la vida de una persona y en la mayor parte de los trastornos mentales (ansiedad, esquizofrenia, anorexia, etc.).

La depresión también se entiende como un síndrome o conjunto de síntomas: baja autoestima, desesperanza, apatía, desinterés por las cosas o por los demás, dolores corporales, cambios en el apetito, problemas de sueño, pérdida de placer, inactividad, etc. La mayoría de las escalas que evalúan la depresión siguen este enfoque acumulativo, pues se obtiene una puntuación total depresiva al sumar los síntomas presentes.

Por último la depresión se puede ver como un cuadro clínico, una entidad diagnóstica, episodio depresivo o trastorno depresivo; por eso, existen sistemas de clasificación, como el DSM-IV-R, los cuales consideran a una persona depresiva, solo si cumple con un conjunto determinado de síntomas, pero además si cumple otras

condiciones; por ejemplo, ausencia de trastornos esquizofrénicos y delirantes, ausencia de factores causales orgánicos, etc. (Vásquez, 1995).

Para el diagnóstico de la depresión es importante, entonces, emplear tanto una perspectiva categorial o clasificatoria como una perspectiva dimensional. En definitiva, es necesario conocer a qué categoría diagnóstica pueden pertenecer los síntomas que manifiesta el sujeto y, por otro lado, poder cuantificar (normalmente a través de escalas) la gravedad de los síntomas presentes (Vásquez, 1995).

Para la formulación categorial es deseable proporcionar un diagnóstico tipo DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV. Este diagnóstico puede efectuarse simplemente siguiendo las indicaciones diagnósticas de estos sistemas de clasificación mediante un sencillo listado de síntomas, que cubra ciertos criterios, o bien, cuando se trate de protocolos de investigación más rigurosos, empleando entrevistas que conduzcan a este tipo de diagnóstico. Además de esta evaluación categorial, es deseable incluir una evaluación dimensional de los síntomas, es decir, ya que se supone que la sintomatología depresiva varía en intensidad a lo largo de un continuo, es conveniente valorar la gravedad de los síntomas en el proceso (Vásquez, 1995).

Como se mencionó anteriormente dependiendo de cómo se considere la depresión (síntoma, síndrome o trastorno clínico), así se realizará su evaluación. Si se quiere evaluar o cuantificar la tristeza, sola o con otros síntomas, se pueden utilizar cuestionarios o escalas ya que con ellos se cuantifica la gravedad o la frecuencia de los síntomas a lo largo de un continuo. Si se quiere realizar un diagnóstico, el uso de la entrevista clínica es muy útil, esta entrevista se debe adecuar a los criterios de inclusión y exclusión que se desee utilizar, por ejemplo del DSM o CIE, es decir, una perspectiva categorial (Vásquez, 1986).

2.1 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

La evaluación clínica es un proceso continuo y dinámico en todas y cada una de las etapas del proceso terapéutico: a) en las primeras sesiones el terapeuta identifica los principales problemas y demandas del paciente; formula la explicación del caso y establece una alianza terapéutica, para plantear los objetivos y diseño del tratamiento; b) a lo largo de todo el proceso terapéutico, se comprueban o no las hipótesis formuladas en el análisis

funcional del caso y se evalúa la respuesta o resultados del tratamiento en curso; c) al final del tratamiento y en las sesiones de seguimiento, se evalúa la efectividad de la intervención (Muñoz, 2003).

2.2 ASPECTOS BÁSICOS A EVALUAR

2.2.1 Diagnóstico diferencial

Es importante tomar en cuenta cierta información en el proceso de realizar un diagnóstico categorial de la depresión, por ejemplo:

1.- Investigar si, además de la tristeza o el bajo estado de ánimo, existe un síndrome o conjunto de síntomas interrelacionados; el estado de ánimo por sí solo no basta para saber si un paciente presenta trastorno depresivo, ya que el estado de ánimo deprimido afecta no solo a la depresión sino que puede estar presente en diferentes patologías como esquizofrenia, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, etc., por lo tanto dicho síntoma debe evaluarse de modo diferencial. En este caso utilizar criterios diagnósticos estándar como el CIE o DSM, es muy útil y se pueden utilizar diferentes tipos de entrevista dependiendo del área a evaluar (Muñoz et al., 2002).

2.- Comprobar si los síntomas están presentes por una condición médica o por la toma de fármacos o drogas. El DSM-IV-TR agrupa en un mismo capítulo los trastornos del estado de ánimo causados por enfermedades, condiciones médicas o ingesta de sustancias. Para realizar un diagnóstico de depresión, es importante identificar si ésta es causada o no por estas condiciones pues no sólo la evaluación sino el tratamiento pueden ser diferentes en ambos tipos de circunstancias (Vázquez & Muñoz, 2002).

3.- Excluir la posibilidad de que dichos síntomas se deban a otro trastorno mental o a un trastorno bipolar, ya que a veces la depresión se puede confundir con otros trastornos psicopatológicos (Muñoz et al., 2002).

2.2.2 Exploración y evaluación de síntomas

La depresión por ser considerada un síndrome con la presencia de diferentes tipos de síntomas, es importante identificar la presencia o ausencia de estos síntomas (evaluación

categorial); también su frecuencia, duración e intensidad (evaluación dimensional). Lo anterior ayuda a tener una descripción más detallada y muestra qué tanto está afectando la vida del paciente (Bas & Andrés, 1996).

La herramienta diagnóstica y de evaluación fundamental es la entrevista, aunque no siempre sea fácil obtener información de una persona deprimida; algunos sesgos cognitivos y emocionales de este tipo de paciente, pueden hacer teñir negativamente la información que proporciona; por ejemplo, la persona deprimida puede que emplee términos muy absolutistas para enjuiciar sucesos pasados o recordar mejor lo negativo que lo positivo. Por todo esto se requiere que el entrevistador sea paciente, empático, y sensible a la información verbal y no verbal del cliente (Vásquez, 1985). Es recomendable evitar el empleo del término “depresión” con los pacientes para describir su estado ya que esto puede reforzar su idea de que la depresión es un rasgo o algo crónico (Shaw et al., 1985).

La exploración del paciente ha de centrarse no sólo en episodios actuales sino también pasados, y naturalmente hay que explorar si ha habido algún episodio de manía en el pasado, en tal caso, se clasificaría como “trastorno bipolar”, sea cual sea su estado de ánimo actual. Además es importante que el entrevistador conozca las teorías y datos actuales sobre la depresión para explorar aquellos factores de riesgo que sabemos asociados a la depresión: problemas económicos, falta de apoyo social, estresores importantes, falta de autoestima, etc. (Vásquez, 1995)

2.2.3 Evaluación de factores que influyen la depresión

En la exploración inicial del problema se detectan factores que influyen con el inicio mantenimiento y recaída en depresión. Es importante tomar en cuenta el significado que estos factores tienen en la historia personal del paciente y considerarlos para la planificación del tratamiento y prevención de recaídas. A continuación se revisan algunos factores psicológicos y sociales (Blatt et al., 1998).

2.2.3.1 Factores psicológicos

El autoconcepto de la persona es muy importante en la aparición del síndrome depresivo, por ejemplo el modelo cognitivo explica que al seguir reglas inapropiadas que

hagan depender de ellas la autoestima o autovalía por lograr objetivos irreales o muy rígidos, constituye una predisposición a la depresión. Estas reglas suelen referirse a una excesiva necesidad de aprobación por parte de otros y/o a una exagerada búsqueda de logros o rendimientos (autonomía) para valorarse a uno mismo positivamente. Cabe explorar otros esquemas relacionados, por ejemplo, el perfeccionismo el cual se define como la combinación de altos estándares o metas de logro, junto con una tendencia a auto-evaluarse de una forma severa o excesivamente crítica (Blatt et al., 1998).

A menudo es mucho más fácil observar las consecuencias negativas que tiene la autocrítica sobre el estado emocional del paciente que evaluar los elementos que la mantienen. Sin embargo, comprender este segundo aspecto es fundamental para la posterior intervención. Se deben tener en cuenta por tanto las consecuencias negativas que se temen si no se cumplen determinadas reglas, por ejemplo, reforzamiento negativo (no perder el aprecio de seres queridos) como las consecuencias positivas de mantener esos rígidos estándares, es decir, reforzamiento positivo (el sentimiento de perfección cuando se cumplen).

Según Vásquez (1995), la forma en que las personas nos intentamos explicar el porqué suceden los acontecimientos (negativos y positivos) parece ser otro de los factores por los cuales se puede explicar por qué, ante similares estresores, algunas personas se deprimen y otras no. En concreto, la presencia de un estilo de pensamiento interno, global y estable ante sucesos negativos; por ejemplo, “No he tenido éxito en esto porque soy un inútil, siempre lo he sido y siempre lo seré” se ha visto como un importante predictor de reacciones depresivas ante estresores. La auto-culpación tan típica de la depresión no es sino un caso particular de este tipo de estilo de pensamiento, por lo tanto, su exploración y cambio puede ser importante en muchos casos. De forma adicional, más recientemente se ha propuesto la existencia de otro tipo de pensamiento en el cual además de las atribuciones sobre las causas, se incluirían las inferencias sobre las consecuencias (la tendencia a pensar que el acontecimiento negativo tendrá consecuencias desastrosas), y las inferencias acerca de uno mismo (la tendencia a inferir características negativas de uno mismo fruto del acontecimiento sufrido).

2.2.3.2 Factores emocionales

Un aspecto básico a ser evaluado en un trastorno afectivo como la depresión, es precisamente cómo maneja la persona sus propias emociones: cómo las identifica, cómo las nombra, cómo las afronta, cómo las potencia o las evita, cómo las expresa, etc. Estas dimensiones deben ser valoradas tanto en emociones negativas como en emociones positivas, recordando que el problema de la persona con trastorno depresivo no es sólo “sentir tristeza” sino también, y sobre todo, la dificultad para sentir emociones positivas (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

La identificación o reconocimiento de emociones: en ocasiones, las emociones se presentan con sensaciones corporales como malestar en el estómago, con cogniciones y conductas que son lo que el paciente deprimido percibe, sin poder relacionarlos directamente con una emoción o teniendo dificultades para darle un nombre (“me encuentro mal”, “me duele todo el cuerpo”, “no me puedo mover”, “tengo un vacío que no sé qué es”, “no puedo parar”...). Es muy importante la diferenciación de emociones, es muy distinto sentirse triste que decepcionado, enfadado, culpable, desmotivado, angustiado, aburrido. Es común que estas emociones se confundan o se nombren como “sentirse mal” (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Conocer cuáles son las distintas reacciones ante las emociones: intentar negarlas, evitarlas, intentar controlarlas, buscarles una explicación, conocer sus causas y consecuencias o escapar de esos estados mediante el uso de drogas como el alcohol son factores que pueden prolongar y aumentar también el estado depresivo (Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson, 1993)

También reaccionar ante la tristeza con vergüenza, desconfianza o desesperanza dificulta la regulación afectiva. Por otra parte, las reacciones ante las emociones positivas también son muy importantes, siendo fundamental explorar cuándo aparecen, por qué terminan y no continúan más tiempo cuando ocurren. A veces pueden aparecer sentimientos de culpa o extrañeza cuando se disfruta (Hervás, Hernangómez & Vázquez, 2004).

2.2.3.3 Factores psicosociales

La valoración de factores psicosociales que pueden contribuir a la aparición y mantenimiento del trastorno implica la exploración de las áreas laboral, económica y, especialmente, la social (Vásquez, 1995).

La evaluación del apoyo social percibido es fundamental, y consiste en que el sujeto sienta que tiene personas a las que recurrir cuando lo necesita. De igual modo, se deben explorar todos los recursos sociales disponibles en el entorno del paciente como fuentes potenciales de apoyo a lo largo del tratamiento (Vásquez, 1995).

Según Brown y Harris (1978), el riesgo de depresión aumenta después de acontecimientos vitales estresantes; por lo tanto se debe explorar, por ejemplo lo siguiente: posibles sucesos negativos estresantes cercanos al inicio de la sintomatología. Desde diferentes perspectivas, se ha señalado la frecuente implicación de pérdida que hay en los sucesos negativos asociados a la depresión (Brown, Harris & Eales, 1996): pérdidas de otras personas (rupturas sentimentales, muerte); pérdida de alguna meta u objetivo importantes (fracasos académicos o laborales), pérdida de funciones o roles fundamentales para la identidad de la persona (paro, jubilación, “nido vacío”), pérdida de un ideal (decepciones, fracaso de expectativas respecto a uno mismo o los otros) o incluso pérdida del control de la propia vida (deterioro de funciones asociado a enfermedades físicas, discapacidades, ancianidad, etc.).

Considerando la relevancia del apoyo social en los trastornos depresivos, es obvio que las habilidades sociales pueden ser un elemento destacado al menos en la situación clínica de algunos pacientes deprimidos (Sanz & Vázquez, 1995).

2.3 EL PROCESO DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL

Como se ha visto a lo largo de este capítulo, la evaluación cognitivo conductual consiste en un proceso completo y trata de buscar y analizar las situaciones específicas que conforman el medio psicológico, interpersonal y físico del cliente, y cómo éste trata de hacerle frente y modificarlo. Al tener esta información, el clínico está en posibilidad de elegir el tratamiento más adecuado para lograr la modificación de la conducta problema (Costa y Serrat, 1998).

Se entiende entonces, que la evaluación conductual permite saber cómo una persona siente, piensa y se comporta, gracias a los métodos y estrategias que este tipo de evaluación utiliza, pues arrojan información sobre las características individuales de la persona, la naturaleza de las situaciones reales; y las relaciones entre ambas (Costa y Serrat, 1998).

2.3.1 Fases de la Evaluación Conductual

2.3.1.1 Análisis del motivo de consulta

Según Godoy (1993), consiste en el análisis, por parte del evaluador conductual, de la descripción que hace el cliente de sus quejas y demandas, así como también de las demandas del ambiente donde se desenvuelve. De esta manera el evaluador conductual se asegurará que esta concepción teórica realmente represente los motivos por los que realiza la consulta. Y así podrá identificar las quejas del paciente como conductas a cambiar y si realmente las modifica, estas conductas de queja se convertirán en conductas de satisfacción.

2.3.1.2 Establecimiento de las metas últimas del tratamiento

Existe una diferencia entre los resultados finales (metas últimas), los resultados instrumentales (conductas objetivo) y los resultados intermedios del tratamiento. Los resultados finales se refieren a los efectos que se espera produzca el tratamiento y sea un éxito, además necesitan tener validez clínica y social; es decir deben solucionar las demandas del paciente y de las personas significativas que lo rodean. Por ejemplo un mejor rendimiento académico, un mejor ajuste laboral, la mejoría de las relaciones familiares, etc. (Godoy, 1993).

Los resultados instrumentales (conductas objetivo) son aquellas variables concretas de la conducta o del contexto en el que ésta sucede y sobre las que se enfoca el tratamiento (por ejemplo todas y cada una de las conductas propias de la depresión). Los resultados intermedios permiten continuar con el tratamiento y aplicar determinadas técnicas de intervención (Godoy, 1993)

2.3.1.3 Análisis de las conductas problema.

En términos conductuales operacionales las conductas problema hacen referencia al motivo de consulta (Godoy, 1993). En terapia y evaluación conductual se distinguen dos enfoques: el enfoque centrado en el problema o enfoque eliminador, el cual es el más común en la actualidad; y el enfoque constructivo o sistémico. En el primero se trata de verificar si la conducta problema desaparece después del tratamiento y si sigue sin aparecer en el seguimiento, teniendo como referencia a la línea base. En el segundo enfoque se trata de contrastar si las herramientas comportamentales dadas al paciente lo ayuda en el transcurso de su vida diaria (Godoy, 1993).

2.3.1.4 El estudio de los objetivos terapéuticos

Las conductas meta, o conductas objetivo son aquellas sobre las que se centra la intervención terapéutica. Cuando realmente se logran modificar, se satisfacen las quejas y demandas del paciente (Vásquez, 1995).

Según la revisión de Godoy (1993), algunos autores mencionan que es importante tomar en cuenta algunas consideraciones para la elección de las conductas metas y la secuencia más adecuada de abordarse. Desde el enfoque centrado en el problema, algunas de las consideraciones más importantes son las siguientes: a) una conducta es anormal y debe modificarse si es aversiva para el propio sujeto o para otros, bien porque se aparta de lo que se espera del sujeto en ciertas situaciones, bien porque resulta impredecible y b) solo se deben considerar como conductas objetivo aquellas que son susceptibles de ser tratadas, tomando en cuenta, los recursos del paciente y el terapeuta, así como también de los medios disponibles en el desarrollo de la técnicas terapéuticas.

2.3.1.5 Criterios para la elección del tratamiento.

Según Godoy (1993), las estrategias para elegir tratamiento se agrupan en cuatro categorías clasificatorias: el análisis funcional, la estrategia de la conducta clave, la estrategia diagnóstica y la estrategia de la guía teoría. En este caso se eligió el tratamiento a partir del análisis funcional.

2.3.1.6 Formulaciones de análisis funcional: la triple relación de contingencia

Según Castro y Ángel (1998), uno de los primeros modelos con mayor influencia en el proceso de formulación clínica se basa en el análisis funcional del comportamiento, que surge de la propuesta desarrollada por Skinner. Representa una metodología de observación y un conjunto de procedimientos a través de los cuales se genera y validan experimentalmente hipótesis sobre relaciones funcionales entre el comportamiento y los eventos ambientales. Se establecen relaciones funcionales entre tres tipos de acontecimientos: estímulos antecedentes (facilitan la aparición de la conducta), sucesos conductuales (características topográficas y valores paramétricos: frecuencia, intensidad y duración); y estímulos consecuentes (explican los procesos motivacionales que mantienen el comportamiento).

La metodología del análisis funcional implica algunos pasos importantes: a) la observación de las características del comportamiento bajo ciertas condiciones de control en relación con ciertos eventos ambientales; b) la formulación de hipótesis basadas en un cuerpo de conocimiento científicos; c) la introducción de cambios sistemáticos, es decir, la intervención sobre las variables de control identificadas y la medición de los efectos conductuales. Si no se cumple la predicción es necesario generar una nueva hipótesis con base en planteamientos teóricos o en una mayor muestra de observación de conducta (Castro & Ángel, 1998).

2.3.1.7 Evaluación de los resultados del tratamiento

La evaluación de los resultados del tratamiento tomando en cuenta la valoración formativa y la valoración normativa. La valoración formativa da información sobre la magnitud y dirección de los cambios, así como también muestra cómo va el proceso para el logro de las metas últimas del tratamiento. De esta manera permite corregir alguna situación que se detecte. La valoración normativa permite constatar el grado de éxito que se ha alcanzado respecto a las metas últimas del tratamiento. Esta valoración se realiza después de terminar el tratamiento o durante el periodo de seguimiento (Vásquez, 1995).

2.3.2 Beneficios de la evaluación cognitivo-conductual

Por todo lo expuesto en este capítulo, se puede entender que una buena evaluación al inicio permitirá identificar las variables que afectan la situación que vive el paciente y así realizar un análisis funcional detallado. Una buena evaluación ayudará también a verificar si el proceso terapéutico se está realizando adecuadamente. La evaluación de los resultados es importante para ver los logros de los objetivos.

Para realizar una buena evaluación conductual son importantes también los métodos e instrumentos que se utilicen. Hay muchos tipos, por ejemplo, entrevistas, observación naturalista, autovigilancia, informe del cliente en relación con situaciones específicas, observación analógica; y calificaciones hechas por otras personas de significación (Vásquez, 1995).

Algo importante y fundamental es que no importa el tipo de instrumento que se elija para realizar la evaluación conductual, lo que sí es importante es elegirlo de acuerdo a los objetivos, la conducta a modificar, el cliente y la situación de la vida real.

Es esencial, también conocer y seguir las fases del proceso de evaluación para lograr el cambio de conducta. A través del proceso de evaluación se conoce el verdadero motivo de consulta (las quejas y demandas del paciente) para así descubrir la o las conductas problema, las conductas objetivo (conductas sobre las cuales se enfoca el tratamiento) y definir las metas últimas o resultados finales de la intervención (Vásquez, 1995)

La investigación conductual ha jugado un papel muy importante en el éxito de la generalización y mantenimiento de los beneficios de los tratamientos en la intervención. Algunos de los problemas para mantener y generalizar el cambio de conducta tienen que ver con los agentes de cambio como pueden ser, padres, maestros o personas significativas para el paciente, ya que muchas veces o no están disponible o no están capacitados para ayudar a mantener el cambio de conducta. Una alternativa ha sido el enseñar a los participantes a controlar su propia conducta a través de técnicas de autorregistro, autoevaluación, autorrefuerzo, entre otros (Vásquez, 1995).

2.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM IV PARA LA DEPRESIÓN

A continuación se describen los síntomas de la depresión según los criterios del DSM IV.

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor

A	<p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedades médicas o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato del propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o por la observación de otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</p> <p>(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto u observan los demás).</p> <p>(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).</p> <p>(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</p>
B	Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas (áreas) importantes de la actividad del individuo.
D	Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
E	Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un

	ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.
--	---

Criterios para las especificaciones de gravedad/ psicosis/ remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente).

Nota: Codificar en el cuarto dígito. Puede ser aplicable al episodio depresivo mayor más reciente en un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor en un trastorno bipolar I o II sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.
Leve: Pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o de las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.
Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.
Grave sin síntomas psicóticos: Varios síntomas aparte de los necesarios para realizar el diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás. Grave con características psicóticas: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. a) Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. b) Síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, disolución del pensamiento e ideas delirantes de control.
En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)
En remisión completa: Durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración. No especificado

Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, episodio único.

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor
B. El episodio depresivo mayor no se explica por trastorno esquizoafectivo, y no está superpuesto a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno

psicótico no especificado.
C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
Codificar el estado del episodio actual o más reciente .0 Leve .1 Moderado .2 Grave sin síntomas psicóticos .3 Grave con síntomas psicóticos .4 En remisión parcial/en remisión total .9 No especificado
Especificar (para el episodio actual o para el más reciente) Crónico Con síntomas catatónicos Con síntomas melancólicos Con síntomas atípicos De inicio en el posparto

Criterios Diagnósticos de trastorno depresivo mayor recurrente

A. Dos o más episodios depresivos mayores. Nota: para ser considerados episodios separados, debe haber un intervalo de, por lo menos 2 meses consecutivos en los que no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor.
B. Los episodios depresivos mayores no son mejor explicados por trastorno esquizoafectivo, y no se sobreagregan a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.
C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto o tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.
Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales: <ul style="list-style-type: none"> - Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas - Crónico - Con características catatónicas - Con características melancólicas - Con características atípica - Con inicio posparto
Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales:

- Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípica
- Con inicio posparto

Especificar:

- Especificadores de evolución longitudinal (con recuperación entre los episodios o sin ella)
- Con patrón estacional.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003

CAPÍTULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), la depresión es usual en todas las regiones del mundo, es la principal causa de discapacidad en los países desarrollados y será la primera en todo el mundo para el año 2020. En México afecta al 8% de la población de las cuales solo la décima parte recibe tratamiento y de éstas un bajo porcentaje se atiende con un médico especializado. De no atenderse la persona deprimida puede llegar al suicidio; la Secretaría de salud (2012), estima que cada año hay hasta 14 mil intentos de suicidio sin considerar los consumados. Uno de cada 10 intentos se consuma y esto se convierte en un indicador que coloca a México en el noveno país con muertes de este tipo, de una lista de 53 aproximadamente. Adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años ocupan el primer lugar en sectores vulnerables, en segundo lugar se ubican personas adultas y en tercero adultos mayores.

Las causas de la depresión están asociadas a factores sociales, psicológicos y biológicos, por ejemplo presiones económicas, el desempleo, las catástrofes naturales o los conflictos y por supuesto la muerte de una persona cercana (Acinas, 2012). Ante esta última causa el DSM IV menciona que pueden darse síntomas propios de una depresión mayor en caso de durar más de dos meses. De esta manera se afecta significativamente la calidad de vida de la persona que la padece y la de sus seres queridos.

La experiencia de la muerte de una persona querida, es muy dolorosa en la vida de cualquier ser humano, ante tal evento todos los familiares tienen diversas reacciones. Sin embargo cuando la muerte es repentina, traumática, por homicidio, suicidio o accidente, el daño psicológico y emocional es mayor que el de una muerte esperada (Acinas, 2012). En la muerte violenta de un ser querido, por ejemplo, el asesinato del padre después de un secuestro, inicialmente aparecen sentimientos de dolor, tristeza, impotencia o rabia; en un segundo momento, de dolor e impotencia; finalmente de dolor y soledad los cuales no desaparecen con el tiempo (Echeberúa, 2002).

En México, el número de secuestros y homicidios ha crecido rápidamente desde el 2008. La violencia en el país ha causado daños irreversibles de tipo psicológico y emocional en los deudos de quienes murieron violentamente en estos años (Ramírez, 2012). Darles atención a estas víctimas resulta fundamental, ya que como se mencionó anteriormente la muerte de una persona querida puede causar síntomas de depresión que si no se atiende oportunamente puede llegar a convertirse en depresión mayor afectando significativamente la vida de las personas, llegando en ocasiones hasta el suicidio.

En consecuencia, se torna prioritario desarrollar políticas eficaces de atención a los familiares de las víctimas, pero también es fundamental desarrollar la tecnología social que permita atender los casos de depresión causados por pérdida de un familiar derivada de una muerte violenta a causa de las condiciones de inseguridad del país.

En el presente trabajo, se presenta un estudio de caso en el cual se desarrolló y probó un programa de intervención cognitivo conductual para mermar los síntomas de la depresión en una joven, de la cual su padre fue secuestrado y posteriormente asesinado. Por lo tanto se trató de responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad de un programa de intervención -de corte cognitivo conductual- diseñado para atender un problema de depresión causado por el secuestro y asesinato de un familiar? De esta manera el objetivo general de la investigación fue: Evaluar la efectividad de un Programa de Intervención Cognitivo-Conductual dirigido a mermar los síntomas depresivos del usuario causados por el secuestro y asesinato de un familiar.

Según Muñoz et al (2003), el programa de intervención debe de cubrir tres aspectos, los cuales son evaluados para determinar la efectividad de la intervención; por consiguiente los objetivos específicos fueron los siguientes: Identificar los pensamientos y acciones que favorecen las emociones asociadas a la depresión; identificar y aumentar actividades agradables para superar el estado de ánimo depresivo; y mejorar las relaciones personales y sociales.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

4.1 Selección del Paciente

La selección de la paciente correspondió a una situación intencionada por oportunidad. La joven acudió por atención emocional al departamento de tutoría académica, servicio que ofrece la institución educativa donde realiza sus estudios. El caso que presentó la joven cumplió con las características para ser invitada a iniciar un programa de intervención cognitivo conductual.

4.2 Tipo de Estudio

Para llevar a cabo el presente estudio, se utilizó la propuesta de Buela-Casal (2002) para estructurar y presentar cada uno de los rubros que constituyen la estructura de un estudio de caso. El estudio de caso único trata de establecer un vínculo entre investigación y práctica. Puede ser un método que utilice el investigador para probar una técnica que en la práctica clínica ya dio resultado (Roussos, 2007). De esta manera el diseño de caso único, en la presente investigación, permitió evaluar la validez del tratamiento cognitivo-conductual en una situación de depresión a causa de pérdida de un familiar cercano por secuestro y homicidio.

4.3 Identificación del Paciente

Jazmín es una joven soltera de 20 años, estudiante del quinto semestre a nivel Licenciatura, la cual pertenece a una universidad privada de la ciudad de Oaxaca. Es la menor de un total de cuatro hermanos, tres hombres y una mujer. El mayor tiene 31 años, es casado pero separado hace un año y medio aproximadamente. El segundo hermano tiene 29 años es profesor y soltero; el tercer hermano no tiene profesión, trabaja como empleado y está casado. La madre de la joven es profesora a nivel primaria y vive con su segundo hijo en una comunidad a cuatro horas de la ciudad de Oaxaca. Jazmín vive sola en un cuarto rentado en la ciudad de Oaxaca, pues estudia. Hace un año el padre de la joven fue

secuestrado y asesinado, hasta el día de hoy no se sabe el móvil del crimen. El señor era profesor y director de una secundaria

4.4 Análisis del Motivo de Consulta

El motivo de consulta se centra en el área del estado emocional, pues la paciente se siente triste y deprimida, después del secuestro y asesinato de su padre. Al preguntarle sobre la frecuencia de este estado emocional, comenta que se siente triste y deprimida, aproximadamente cuatro de los siete días de la semana con una intensidad entre 3 y 4 de una escala de 1 a 10 (donde el 1 representa el grado máximo de tristeza y el 10 la ausencia de ésta). Este estado emocional, en ocasiones, dura todo el día pero en otros solo una parte de éste, por ejemplo cuatro horas; y puede surgir en cualquier lugar. La tristeza no le permite realizar una vida normal ya que no cumple con sus obligaciones diarias como son: estudiar, ir a la escuela con regularidad, hacer sus tareas. Ha perdido el interés por cosas que antes le agradaban (ir a fiestas, hacer ejercicio, platicar con sus amigos y compañeros, ir al cine), por momentos tiene sentimientos de enojo, frustración y se irrita fácilmente, aunque en otros momentos se siente congelada (sin sentir nada), ausente. Todo esto hace que ya no se sienta la misma de antes, pues nota falta de apetito y energía, mal sueño. En ningún lugar se siente completamente feliz.

Para comprender la situación de la paciente previa a la intervención es necesario analizar la sintomatología descrita por la paciente a nivel cognitivo, fisiológico y motor.

Los pensamientos que Jazmín tiene antes de la intervención, se relacionan con el secuestro y asesinato de su padre ocurridos hace un año: “La duda sobre la muerte de mi papá, no me deja estar tranquila”, “quiero saber quién y por qué lo mataron”, “en ningún lugar soy feliz”, “antes era feliz en Oaxaca, ahora me cuesta trabajo relacionarme con las personas aquí”, “no sé cómo encontrarme y empezar otra vez”, “mi mamá y hermanos me estresan cuando voy a mi pueblo”, “ya no quiero ir allá”, “antes de la muerte de papá no había tantos problemas en casa”, “me cuesta trabajo concentrarme en todo”, “estoy preocupada por la escuela, pero no me dan ganas de hacer nada”, “se me olvidan las tareas”, “desde que murió papá no me siento completa y no me puedo conectar con él, no

me puedo conectar con las personas” “tengo la esperanza que todo esto sea diferente”, “no me dan ganas de hacer nada”.

A nivel fisiológico la paciente reporta: “me siento cansada”, “no me da hambre como antes y he perdido peso”, “no duermo bien”

A nivel motor la paciente reporta: “después de la escuela llego, como, y duermo y no hago tareas”, “las fiestas me ayudan a sentirme mejor pero me excedo en ellas y luego no me siento tan bien”, “en mi pueblo salgo más con mis amigos pero no me gusta ir por las dificultades en casa”, “lloro mucho porque me acuerdo de mi papá” “cuando estoy en mi comunidad discuto mucho con mi mamá y hermanos”

4.5 Historia del Problema

La paciente comenta en la entrevista inicial que antes de la muerte de su padre, la familia tenía los problemas comunes en las familias, como son económicos, laborales, etc., sin embargo generalmente salían adelante. Ella se llevaba mejor con su padre que con su madre. Generalmente le gustaba acompañar a su padre a sus diligencias, pues después se iban a comer y platicaban mucho en estas salidas. Con la madre siempre tuvo problemas por cuestiones de carácter, pues las dos tienen personalidad fuerte. La relación con sus hermanos era buena, aunque con sus rencillas comunes. Después de la tragedia, el hermano mayor se fue de la casa, sin decir a dónde y con quien se iba, lo que ha ocasionado una mayor angustia a su madre y demás hermanos, lo han buscado pero no saben de él. La relación con el segundo hermano ha desmejorado, pues pelean mucho, en cambio con el tercer hermano la relación está estable. Jazmín siente que su madre se apoya mucho en ella para no desfallecer, por lo que la joven comenta que necesita estar fuerte para su madre. Por todas estas cuestiones no le gusta ir a la comunidad donde vive su madre, sin embargo en Oaxaca tampoco es feliz.

La trágica muerte de su padre fue un impacto muy doloroso para Jazmín, a partir de este hecho su estado de ánimo ha decaído profundamente, a tal grado de no permitirle realizar su vida normal, pues no se concentra en las actividades escolares y extraescolares, ocasionando bajo rendimiento académico. Esto último ha empeorado la relación con su madre, por la cual no se siente comprendida y apoyada, al contrario siente que su madre le

exige demasiado. El enojo por la forma en que murió el padre, no le permite a Jazmín estar tranquila, al contrario los sentimientos de irritabilidad se manifiestan en contra de sus hermanos y gente a su alrededor, ocasionando sentimientos de culpa y soledad después. Se puede entender entonces cómo la situación familiar, a partir de la muerte del padre, ha cambiado radicalmente, afectando de forma seria el estado emocional de Jazmín.

4.6 Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase.

De acuerdo al tipo y características del paciente, del problema y tratamiento elegido; se seleccionaron las técnicas de evaluación. Los instrumentos para medir la depresión fueron los siguientes: Inventario de depresión de Beck (Beck et al. 1993), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Radloff, 1977), una entrevista conductual y registros cognitivos y conductuales.

Inventario de depresión de Beck (Beck et al. 1993), mide el nivel de depresión y los síntomas presentes. Esta escala fue validada por Jurado et al. (1998) con población mexicana (n=1508) entre 15-65 años; el alfa de cronbach de esta escala fue de .87 y la conforman 21 reactivos, diseñados para obtener información sobre la frecuencia de síntomas. Ejemplos de estos reactivos son “tristeza”, “pesimismo” y “culpa”. Las opciones de respuesta de los reactivos van de 0 a 3 (donde 0 refleja la ausencia de las manifestaciones mencionadas y el 3 representa la prevalencia en un nivel muy alto de éstas). Los resultados se interpretan de acuerdo a la sumatoria final, así los registros totales de niveles de depresión en esta escala son los siguientes: de 5 a 9 (estos altibajos se consideran normales), de 10 a 18 (depresión leve a moderada), de 19 a 29 (depresión moderada a severa) y de 30 a 63 (depresión severa). Más de 40 es significativamente alto, aún en personas seriamente deprimidas, lo que considera una posible exageración de la depresión (Apéndice A).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Radloff, 1977), mide el nivel actual de sintomatología depresiva. Esta escala fue validada por Aguilera et al. (2001) con población adolescente mexicana, obteniendo una consistencia interna de .76 y la conforman 20 reactivos, que informan el número de días

que se presentan los síntomas de la depresión. Las opciones de respuestas varían en función a los días (0, 1 a 2, 3 a 4 y 5 a 7), están codificados con valores de 0 a 3 respectivamente. El puntaje obtenido en la escala señala los niveles de depresión del paciente, una puntuación mayor a 22 es considerada un nivel de depresión mayor, mientras que de 15 a 21 se ubica entre media o moderada y los puntos obtenidos de 0 a 15 manifiestan la ausencia de este trastorno en la persona (Apéndice B).

Antes de llevar a cabo la intervención se llevó a cabo una **entrevista conductual**. Es importante mencionar que el objetivo de la entrevista conductual es obtener información según el modelo secuencial integrativo, para posteriormente llevar a cabo el análisis funcional del problema.

Registros cognitivos y conductuales se utilizaron para la realización de tareas en casa, por parte de la paciente, a lo largo del proceso terapéutico. La información obtenida de estos registros permitió analizar y evaluar los avances en el estado de ánimo durante el proceso terapéutico y así comprobar si la intervención impactaba en la joven y disminuía los síntomas de depresión.

4.7 Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas para el presente estudio fueron las siguientes: se mantuvo el anonimato de la paciente al no dar ningún dato que la identificara, por lo que se utilizó un nombre ficticio; se contó con el consentimiento informado y por escrito del usuario quien participó en la intervención e investigación; se le informó a la paciente que existe un compromiso para dar un seguimiento a su proceso. Por último se indicó que los datos obtenidos del presente estudio iban a ser reportados y utilizados con fines descriptivos para hacer un reporte y realizar una contribución empírica en torno a la disciplina de la psicología en el área de psicología clínica.

4.8 Aplicación de los tratamientos

El presente estudio se realizó en diferentes fases, a continuación se explican.

4.8.1 Fase I (Pre-evaluación)

En esta primera fase se realizó el primer contacto con la joven Jazmín. Una vez identificada con posible depresión a causa de la pérdida de un familiar cercano por secuestro y homicidio, se le invitó a participar en un programa de intervención cognitivo conductual. Posteriormente para constatar el nivel de depresión y la intensidad de los síntomas presentes se aplicó el inventario de depresión de Beck (anexo A) y la CES-D (anexo B). A través de la entrevista inicial se recolectó información sobre la sintomatología y el motivo de prevalencia de la depresión en la joven. De esta manera, el inventario, la escala y la entrevista permitieron tener la información suficiente para definir el motivo de consulta, así como también la historia del problema. Esta fase se realizó antes de dar inicio a la fase de intervención.

4.8.2 Fase II (Intervención)

Con la información que se obtuvo de la paciente a través del inventario de Beck, la escala CES-D y la entrevista inicial, se procedió a la intervención según la terapia cognitivo conductual. Según Beck (1983), esta terapia está basada en la interacción de los pensamientos, las acciones y los sentimientos; además plantea que para trabajar con los sentimientos de la depresión, es importante identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener mayor control sobre los sentimientos. Por lo anterior se trabajó en tres áreas de intervención o módulos (los pensamientos, las actividades y las relaciones personales) dos módulos estuvieron compuesto de cuatro sesiones y uno de tres. Es importante mencionar que el trabajo terapéutico con la paciente fue basado en el manual de terapia individual para el tratamiento cognitivo conductual de Depresión (Muñoz, et al., 2000).

El objetivo del primer módulo llamado “Pensamientos” (sesiones 1-4) fue presentar información de cómo los pensamientos influyeron sobre el estado de ánimo. En el segundo módulo “Actividades” (sesiones 5-8) la paciente trató de identificar alternativas,

actividades y metas que le permitieran tener mayor control sobre su vida de tal forma que lograra superar su estado de ánimo depresivo. Las sesiones del tercer módulo “Relaciones interpersonales” (sesiones 9-11) tuvieron la finalidad de identificar la influencia de éstas con el estado de ánimo y determinar aquellas alternativas para mejorar la comunicación con las demás personas (Apéndice C).

Las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizaron fueron las siguientes: relajación, registro de pensamientos, estrategias de cambio cognoscitivo, autoevaluación, tareas para casa, autoafirmaciones de enfrentamiento, registro de actividades, técnicas de dominio y agrado, programación de actividades, práctica cognitiva, psicodrama. Estas técnicas siempre estuvieron sujetas a cambio o modificaciones según los resultados del análisis funcional del problema y del proceso terapéutico.

Originalmente la intervención estaba programa con 12 sesiones, sin embargo por el proceso favorable que presentó la paciente, se decidió omitir una sesión quedando el programa en 11 sesiones. Las sesiones se llevaron a cabo dos o tres veces por semanas con una hora de duración. Es importante mencionar que la primera sesión duró aproximadamente una hora y media por la presentación de la terapia cognitiva-conductual a la paciente (Apéndice C).

4.8.3 Fase III (Post-evaluación)

Una vez concluida la intervención, se procedió a aplicar una segunda evaluación con los mismos instrumentos, inventario de Depresión de Beck y el CES-D. Esto con la finalidad de poder contrastar ambas evaluaciones y poder analizar el efecto de la intervención en la paciente.

4.9 Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

Para obtener información de los efectos o impacto de la intervención en el estado de ánimo de la paciente, se realizaron comparaciones con base en los diferentes pensamientos, conductas o sentimientos que tuvo la joven a lo largo del proceso terapéutico, esto se pudo realizar a través de los registros conductuales utilizados.

Tanto el inventario de Beck como la escala CES-D en la primera evaluación (antes de la intervención) permitieron identificar el nivel de depresión que manifestaba la paciente y la gravedad de cada síntoma; con la finalidad de poder contrastar el impacto de la intervención mediante los datos de la evaluación después de la intervención, utilizando los mismo instrumentos (Apéndices A y B).

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

El proceso de intervención cognitivo conductual constó de 11 sesiones, estructurado en 3 módulos (los pensamientos, las actividades y las relaciones personales). Cabe hacer mención que originalmente eran 12 sesiones programadas, sin embargo, debido a los avances de la paciente, se tomó la determinación de que fueran 11 sesiones.

5.1 Pre evaluación

La intervención terapéutica inicio con la pre evaluación, en la cual se aplicaron el inventario de depresión de Beck y la Escala de Depresión del centro de Estudios Epistemológicos (CES-D) para poder identificar el nivel de depresión de la paciente. En el inventario de Beck, la joven obtuvo 25 puntos (depresión entre moderada y severa); y en el CES-D, la paciente manifestó la presencia de síntomas de depresión en la última semana correspondiente a la primera aplicación con 22 puntos (depresión mayor).

5.2 Intervención Cognitivo Conductual

A continuación se presenta un resumen por sesión del proceso terapéutico. Es importante mencionar que la descripción más detallada de lo sucedido en cada una de las actividades de cada sesión se encuentra en la bitácora del programa de intervención (Apéndice R).

Sesión 1: Intervención Cognitivo-Conductual

En la primera actividad de la sesión 1 “Presentación del Paciente-Terapia-Terapeuta”, la paciente expresó claramente el deseo de cambiar su estado de ánimo, aunque no sabe cómo hacerlo; para esto se le explicó, a la paciente, el funcionamiento de la Terapia Cognitivo-Conductual. En la segunda actividad “¿Qué es la depresión, qué significa estar deprimida?”, la paciente al compartir su experiencia pudo comprender los síntomas clínicos de la depresión que tiene. En la siguiente actividad “Introducción de cómo los pensamientos afecta el estado de ánimo”, la terapeuta explicó nuevamente cómo se entiende la depresión, a través de la Terapia Cognitivo-Conductual y la paciente logró

identificar que pensamientos y conductas afectan su estado de ánimo. En el cierre de la sesión la paciente expresó sentirse mejor al comprender cómo se produce su estado de ánimo y se percibe cierta motivación, aunque ella todavía, no se sienta capaz de lograr hacer la tarea encomendada, antes de la próxima sesión. Por todo lo anterior se logra el objetivo de la primera sesión “Presentar la Terapia Cognitivo-Conductual”.

Sesión 2: Los pensamientos y estado de ánimo

El objetivo de la segunda sesión fue “Identificar pensamientos saludables y dañinos así como su relación con el estado de ánimo”. Antes de iniciar la sesión la terapeuta preguntó cómo estaba el estado de ánimo, a lo que la paciente contestó que de una escala de 1 a 10, era de 4, siendo el grado máximo de tristeza 1. En la primera actividad “Repaso” se recordó lo visto en la sesión 1, y se revisó la tarea hecha en casa, la cual fue cumplida por la paciente. En la segunda actividad “¿Qué son los pensamientos y cómo afectan tu estado de ánimo”, la paciente logra, a través de una experiencia propia, identificar cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo. En la tercera actividad “Pensamientos comunes de las personas deprimidas y las no deprimidas”, la paciente relaciona los pensamientos que tiene cuando se siente con tristeza profunda y como estos pensamientos pueden ser negativos, inflexibles, enjuiciadores, destructivos e innecesarios; además la joven conoce estrategias que pueden ayudar a contrarrestar estos pensamientos. En la cuarta actividad “Aprendiendo a identificar diferentes estilos de pensamientos”, la paciente comprendió cada uno de estos estilos de pensamientos y los relacionó con los que ella tiene en su vida cotidiana. Por último se explicó la tarea en casa: el termómetro de ánimo, lista de pensamientos negativos y positivos cada día, así como también, intentar identificar cada uno de los pensamientos de acuerdo a las distintas clasificaciones que se discutieron en la sesión (Estilos de Pensamientos Dañinos o contraproducentes); y tratar de cambiar los mismos a pensamientos más positivos o flexibles. Con lo anterior se logra cumplir con el objetivo de la sesión arriba descrito.

Sesión 3: Menos pensamientos negativos y mejor estado de ánimo

En la primera actividad de repaso se revisaron las tareas en casa y se constató el nivel de estado de ánimo, el cual fue de 5, siendo el 10 el mejor estado de ánimo. En la segunda actividad “Pensamientos que producen un mejor estado de ánimo”, la terapeuta y

la paciente revisaron algunas estrategias que promueven el aumento de pensamientos positivos que ayudan a mejorar el estado de ánimo y se pusieron en práctica. En la tercera actividad “Disminución de pensamientos que te hacen sentir mal”, se discutieron algunas estrategias para disminuir los pensamientos que le hacen sentir mal. Por último en el cierre se le pidió a la paciente continuar llenado el termómetro de ánimo, llenar la lista de pensamientos negativos y positivos cada día y practicar algunas de las técnicas discutidas para aumentar los pensamientos positivos y disminuir los negativos. Por lo tanto se cumple con el objetivo de la sesión “Aprender a identificar y controlar los pensamientos negativos y/o dañinos”.

Intervención en crisis

Entre la sesión 3 y 4 se realizó una intervención en crisis. La paciente llegó con la terapeuta pues se sentía muy triste, el detonador fue una situación familiar; la madre se enteró de las calificaciones de la paciente y eso ocasionó una discusión entre ambas. Lo que se trabajó con la paciente en ese momento fue primero escucharla y dejar que se desahogara, posteriormente se practicaron en sesión las técnicas de cambio de pensamientos, vistas en sesiones anteriores. Se considera que la sesión fue muy importante, pues se practicó con una situación reciente y al final pudo darse cuenta que a pesar de sentirse tan triste puede sentirse mejor en algunos momentos.

Sesión 4: Pensamientos saludables para tener una mejor vida.

El objetivo de la sesión fue “Aumentar los pensamientos positivos o saludables para tener una vida emocionalmente sana”. Al inicio la paciente reportó que su nivel de ánimo era de 6 de una escala de 1 a 10, donde éste último es el mejor estado de ánimo. Lo anterior es un resultado favorable después de la intervención en crisis que se realizó entre la última sesión y la actual. En la segunda y tercera actividad “Hablándole a tus pensamientos” se mostró y puso en práctica una técnica para aumentar los pensamientos positivos y disminuir los negativos. En la cuarta actividad “Pensamientos que puedan contribuir a que te sientas deprimido” se trató de flexibilizar o debatir los pensamientos negativos de la paciente a unos más positivos y flexibles. Se puede decir, entonces que se logró el objetivo de la sesión.

Sesión 5: Las actividades y el estado de ánimo

En la primera actividad “Repaso”, el nivel de depresión reportado por la paciente fue entre 6 y 7 de una escala de 1 a 10. En la segunda actividad “Menos actividades agradables más depresión” se trató que la paciente aprendiera algo acerca de cómo sus actividades diarias afectan cómo se siente. En la tercera actividad “Obstáculos para hacer actividades agradables”, la paciente identificó los obstáculos o cosas que le impiden hacer actividades agradables, como pueden ser los pensamientos propios o de otras personas. Por lo tanto se logra el objetivo de la sesión “Darse cuenta de cómo lo que se hace influye en la forma cómo se siente”.

Sesión 6: Actividades agradables y relajación

El objetivo de la sesión fue “Formular un plan para realizar actividades saludables y aprender a relajarse”. En la actividad de “Repaso” la paciente reportó que su nivel de tristeza era de 7 de una escala de 1 al 10, donde este último número, es el mejor estado de ánimo. En la segunda actividad “Actividades agradables para sentirse mejor”, la paciente se dio cuenta que las actividades agradables no tienen que ser actividades especiales, aunque pueden ser especiales; además pueden ser diferentes para diferentes personas y para sentirse bien es importante tener un balance adecuado de actividades agradables. En la tercera actividad “Actividades agradables sin gastar mucho dinero” la paciente de una lista de actividades agradables trabajó el anticipar posibles problemas y prepararse para manejarlos de forma que no interfieran con la realización de estas actividades. Por lo anterior se logró el objetivo de la sesión.

Sesión 7: Las metas como parte de la realidad

Al iniciar la sesión, el nivel de tristeza profunda reportado por la paciente fue de 8 donde 10 es el mejor estado de ánimo, por lo que se logra un punto a favor del estado de ánimo de la joven. También la paciente informó haber realizado una acción que al principio parecía muy difícil de lograr, hablar y sincerarse con su madre, lo que la hace sentirse mejor. En la segunda actividad “Identificando metas personales”, comprende que se puede crear un propio plan para superar la tristeza profunda y una forma es establecer metas. En la tercera actividad “Superar la depresión” se puntualizó que para ayudar a superar la tristeza

profunda es importante, establecer metas realistas, reconocer las cosas positivas que se hace para alcanzarlas y recompensarse en la mente y en la vida real. Se logra entonces el objetivo de la sesión “Fijar metas alcanzables”.

Sesión 8: Mundo subjetivo y objetivo

El objetivo de esta sesión fue “Identificar estrategias para manejar el mundo subjetivo y objetivo”. Al inicio el nivel del estado de ánimo de la joven fue de 10, donde 10 es el mejor estado de ánimo, lo que indica dos puntos a favor del proceso terapéutico. En la segunda actividad “La depresión y el manejo saludable de la realidad”, se trató que la paciente comprendiera la clave para sentirse saludable emocionalmente la cual es aprender a manejar estas dos partes de la realidad (mundo objetivo y subjetivo), por ejemplo, buscar alternativas en los pensamientos. En la tercera actividad “Haciendo tus dos mundos más saludables para ti” se intentó que la paciente comprendiera cómo el mundo de afuera puede ser más saludable para las personas y buscara alternativas para manejar el mundo de adentro.

Sesión 9: Las relaciones personales e interpersonales en la vida diaria

En la actividad de repaso la joven reportó que de la escala de 1 al 10 (donde 10 es el mejor estado de ánimo) el nivel de su estado de ánimo era de 9, subiendo un punto en comparación de la última sesión. En la segunda actividad “Los contactos con otras personas afectan tu estado de ánimo”, se trató que la paciente comprendiera qué la depresión está relacionada con: tener menos contactos con personas; sentir incomodidad, timidez o enojo hacia otras personas; ser menos asertivo y ser más sensible a ser ignorada, criticada o rechazada. En la tercera actividad “La importancia del apoyo social”, se trabajó con la idea de que el apoyo que recibimos al estar en contacto con otras personas es muy importante para la salud psicológica y emocional. Por lo anterior se logra el objetivo de la sesión, el cual fue “Comprender que las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo”.

Sesión 10: Problemas que se presentan en las relaciones personales

El objetivo de la sesión fue “Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo”. En la actividad de repaso, la

paciente reportó que su nivel de estado de ánimo es nuevamente de 10, por lo que se recupera un punto a favor del proceso terapéutico. De igual manera el termómetro de ánimo marcó un 9, lo que indica el mejor estado de ánimo desde que inicio el proceso. En la segunda actividad “Pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en las relaciones con otras personas, así como también las relaciones afectan las tres áreas”, se intenta que la paciente reafirme la idea de cómo los pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en las relaciones con otras personas y viceversa. En la actividad de “Cierre”, la terapeuta explicó que el propósito de examinar los pensamientos, comportamientos y sentimientos es identificar cómo estas tres áreas influyen en la relación con otras personas y considerar en qué áreas se necesita mejorar para tener relaciones más positivas. Por lo tanto se logra el objetivo de la sesión.

Sesión 11: Los beneficios de la terapia

El objetivo de la última sesión fue “Medir el grado de depresión al concluir con la intervención”, por lo tanto se aplicaron por segunda vez las escalas de depresión de Beck y la CES-D. Los resultados de la primera escala fue de 5 puntos (altibajos normales) con 5 síntomas presentes; y los resultado de la segunda escala fueron de 5 puntos (ausencia de trastorno) y 5 síntomas presentes. Ambos resultados coinciden con el nivel de estado de ánimo reportado por la paciente el día de la sesión, el cual fue de 10 (mejor estado de ánimo); así como también el termómetro de ánimo el cual arrojó un resultado de 9 (mejor estado de ánimo)

Por último, a través de la plática se evaluó como se sintió la paciente a lo largo del proceso terapéutico y se retroalimentó sobre su participación y evolución a través de la terapia. Por lo tanto se logra el objetivo de la sesión antes mencionado.

5.3 Post evaluación

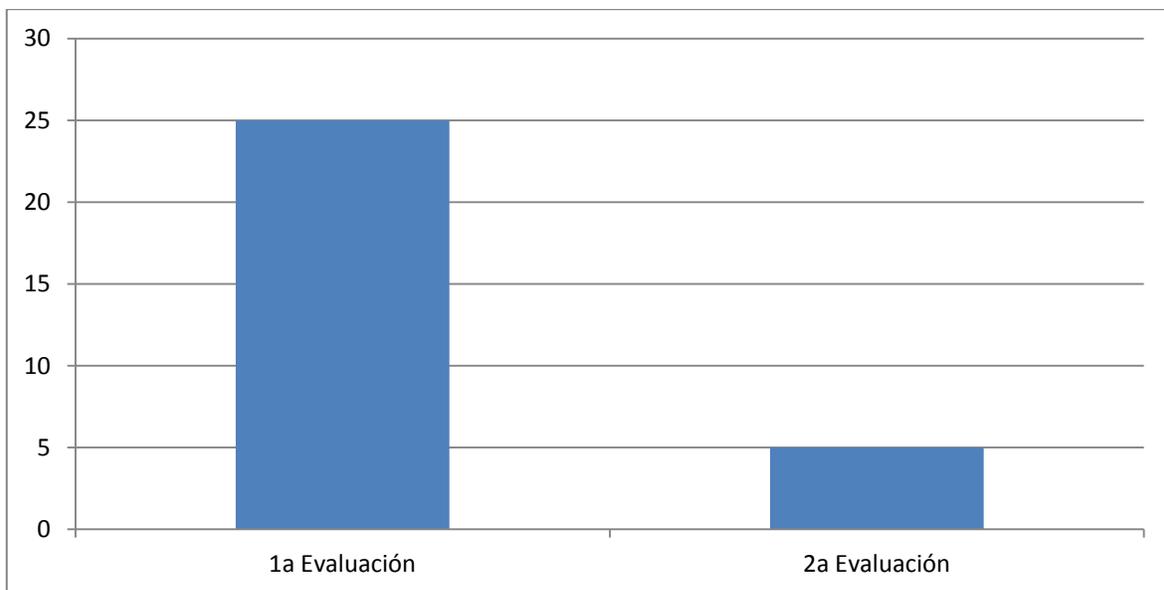
Después de la intervención, se realizar una segunda aplicación tanto del inventario de Beck como del CES-D, para comprobar la efectividad del programa. En el inventario la paciente obtuvo 5 puntos (altibajos normales), así mismo en el CES-D obtuvo 5 puntos (ausencia del trastorno).

5.4 Evaluación de la Efectividad del Proceso de Intervención

A continuación se analizan los resultados antes y después de la intervención:

En la figura 1, se observa los puntajes obtenidos en las aplicaciones del inventario de Depresión de Beck, antes y después de la intervención. Se puede observar que en la primera aplicación, la joven obtuvo 25 puntos (depresión entre moderada y severa) y en la segunda aplicación se logró ubicar en un puntaje de 5 puntos (estos altibajos se consideran normales), obteniendo una disminución de 20 puntos.

Figura 1. Total del Puntaje de la Primera y segunda aplicación de Inventario de Depresión de Beck



Es importante mencionar que según el inventario de Depresión de Beck, en la primera evaluación, los síntomas que se manifestaron hacen referencia a que la paciente estaba desilusionada del futuro, no disfrutaba de las cosas como antes, sentía que podría ser castigada, estaba desilusionada de ella misma, sentía que existían muchas fallas en su pasado, se sentía culpable buena parte del tiempo, se sentía molesta o irritada más fácil que antes, se criticaba por su debilidad o por sus errores, lloraba más que antes, tenía mayores dificultades para tomar decisiones, tenía que impulsarse muy fuerte para hacer algo, no podía dormir tan bien como antes, se cansaba de hacer casi cualquier cosa, estaba preocupada por problemas físicos y era difícil pensar en otras cosas, había perdido el interés

en otra gente, su apetito no era tan bueno como antes y había perdido más de 2.5 kilogramos (Tabla 1).

Tabla 1. SÍNTOMAS MANIFIETOS DE LA PACIENTE EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LA PRE EVALUACIÓN

Primera evaluación: 25 puntos (Depresión entre moderada y severa)

PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	CONDUCTAS	RELACIONES PERSONALES	SALUD
B. Estoy desilusionada del futuro. D. No disfruto de las cosas como antes. F. Siento que podría ser castigada G. Estoy desilusionada de mí. N. Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir fea. C.	A. Me siento triste C. Siento que existen muchas fallas en mi pasado. E. Me siento culpable buena parte del tiempo. K. Me siento moleta o irritada buena parte del tiempo. K. Me siento molesta o irritada más fácil que antes. B.	H. Me critico por mi debilidad o por mis errores. J. Lloro más que antes M. Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora. O. Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo. P. No puedo dormir tan bien como antes. Q. me canso de hacer casi cualquier cosa. T. Estoy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas. R. S.	L He perdido el interés en otra gente	R. Mi apetito no es tan bueno como antes. S. He perdido más de 2.5 K.

En la segunda evaluación realizada después de la intervención, de acuerdo al inventario de Depresión de Beck, los síntomas que aún se mantuvieron describen que a la paciente le preocupaba verse vieja o poco atractiva, sentía que fallaba más que una persona normal, sentía que podría ser castigada, le costaba un esfuerzo extra empezar a hacer algo y estaba menos interesada en el sexo que antes (Tabla 2).

Tabla 2. SINTOMAS MANIFIESTOS DE LA PACIENTE EN EL INVEENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN

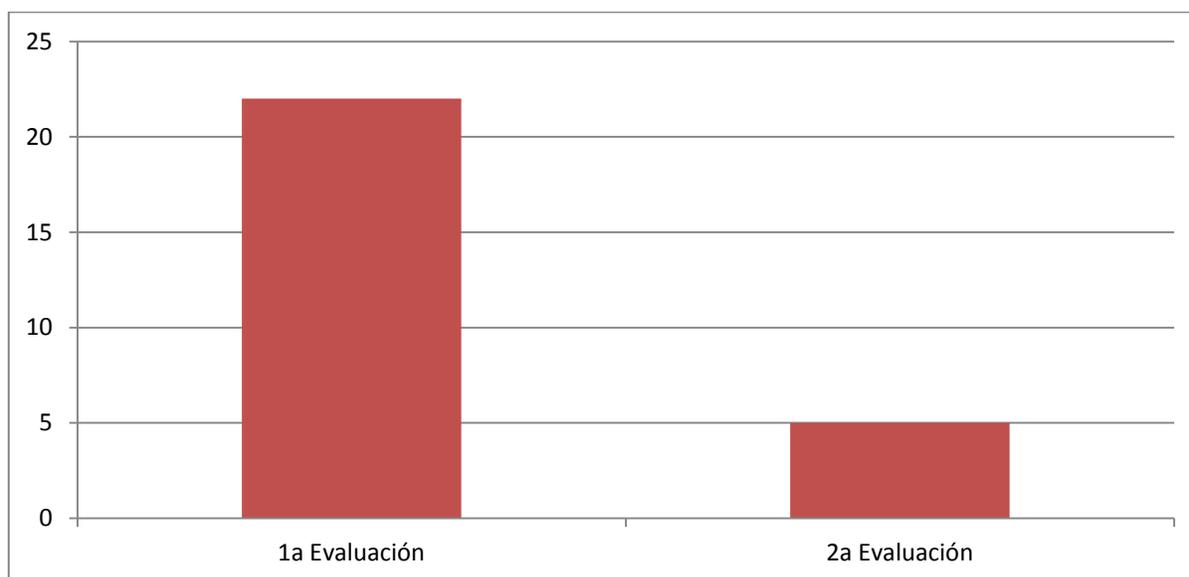
LA POST EVALAUCIÓN

Segunda evaluación: 5 puntos (Estos altibajos se consideran normales)

PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	CONDUCTAS	RELACIONES PERSONALES	SALUD
N. Me preocupa verme vieja o poco atractiva.	C. Siento que fallo más que una persona normal. F. Siento que podría ser castigado.	O. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.		U. Estoy menos interesada en el sexo que antes.

En el CES-D la paciente manifiesta la presencia de síntomas de depresión en la última semana correspondiente a la primera aplicación con 22 puntos; mientras que después de la intervención la frecuencia de los síntomas bajó a 5 puntos (Figura 2).

Figura 2. Total del Puntaje de la Primera y segunda aplicación de CES-D



Esto explica que en la primera evaluación, la paciente se ubicó en el nivel de depresión mayor, manifestando síntomas que se presentaron todo el tiempo (de 5 a 7 días) como por ejemplo, no tenía ganas de hacer nada; otros síntomas manifiestos de 3 a 4 días fueron: sentía que era tan buena como cualquier persona, se sentía optimista por el futuro, sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con ayuda de su familia o amigos, tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo. También los síntomas

presentes de 1 a 2 días eran que se sentía deprimida, sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo, pensaba que su vida había sido un fracaso, le molestaban cosas que usualmente no le molestaban, se sentía con miedo, se sentía sola y triste, no se sentía con ganas de comer, tenía mal apetito, hablaba menos de lo usual, pasaba ratos llorando, pensaba que la gente no era amistosa, sentía que no le caía bien a la gente y su sueño era inquieto. Los síntomas presentes menos de 1 día eran que estaba contenta y disfrutaba de la vida (Tabla 3).

Tabla 3. INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS DE LA PACIENTE, MANIFIESTOS EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPISTEMIOLÓGICOS (CES-D) EN LA PRE EVALUACIÓN

Primera Evaluación: 22 puntos (nivel de depresión mayor)

	5-7 días	3-4 días	1-2 días	Menos de 1 día
PENSAMIENTOS		4. Sentía que era tan buena como cualquier persona 8. Se sentía optimista por el futuro	6. Me sentía deprimida 7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo. 9. Pensó que su vida había sido un fracaso.	
SENTIMIENTOS		3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con la ayuda de su familia o amigos.	1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan. 10. Se sentía con miedo 14. Se sentía sola 18. Se sintió triste	12. Estaba contenta.
CONDUCTAS	20.No tenía ganas de hacer nada	5. Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo.	2. No se sentía con ganas de comer, tenía mal apetito. 13. Habló menos de lo usual 17. Paso ratos llorando.	16. Disfrutó de la vida.
RELACIONES PERSONALES			15. La gente no era amistosa. 19. Sentía que no le caía bien a la gente.	
SALUD			11. Su sueño era inquieto.	

Mientras que en la segunda evaluación se puede notar que se redujo la frecuencia de la presencia de los síntomas que retroalimentan a la depresión e incrementaron aquellos que mantienen un adecuado estado de ánimo; pues la paciente manifestó que en la última semana antes de las segunda aplicación del instrumento, la mayor parte del tiempo (5-7 días) se sintió que era tan buena como cualquier persona, se sintió optimista por el futuro, estuvo contenta; de 3 a 4 días estuvo contenta. Los síntomas presente de 1 a 2 días fueron: sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo, tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo, pasó ratos llorando y no tenía ganas de hacer nada. Los síntomas presentes menos de 1 día fueron: pensó que su vida había sido un fracaso, le molestaron cosas que usualmente no le molestaban, sintió que no podía quitarse de encima la tristeza

aún con ayuda de su familia y amigos, se sintió deprimida, sola, triste y con miedo, no se sintió con ganas de comer y tuvo mal apetito, habló menos de lo usual, pensó que la gente no era amistosa, sintió que no le caía bien a la gente y su sueño fue inquieto (Tabla 4).

Tabla 4. INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS DE LA PACIENTE, MANIFIESTOS EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPISTEMIOLÓGICOS (CES-D) EN LA POST EVALUACIÓN

Segunda Evaluación: 5 puntos (ausencia del trastorno).

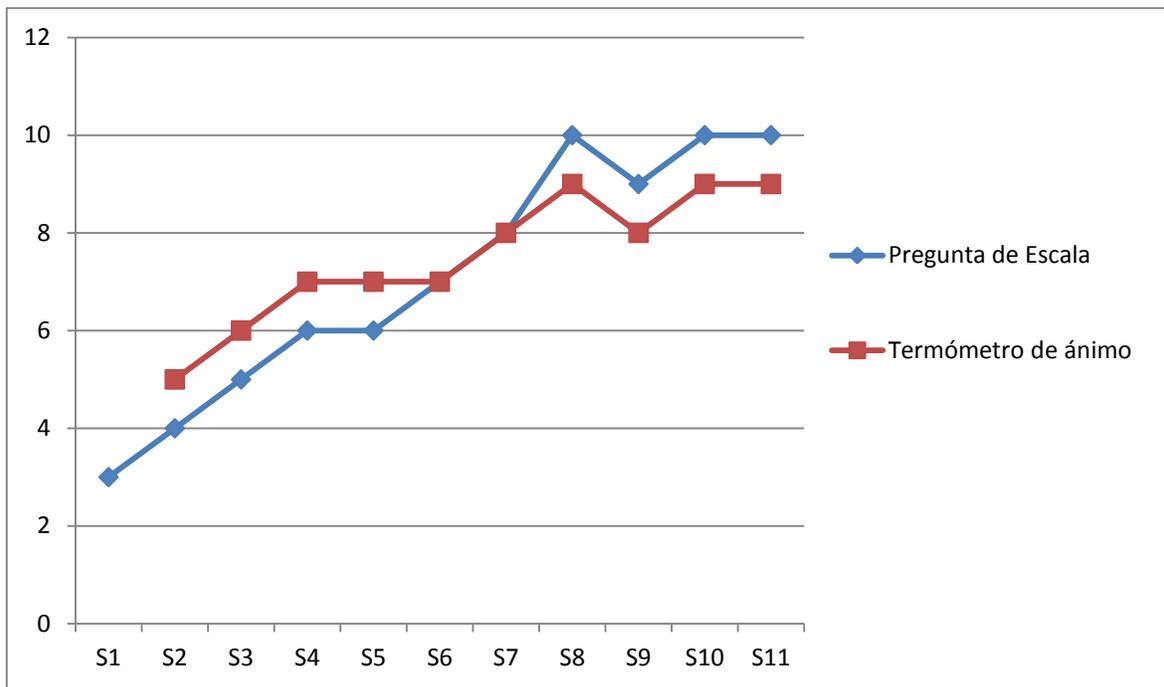
	5-7 días	3-4 días	1-2 días	Menos de 1 día
PENSAMIENTOS	4. Sentía que era tan buena como cualquier persona 8. Se sentía optimista por el futuro		7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	9. Pensó que su vida había sido un fracaso
SENTIMIENTOS	12. Estaba contenta			1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan 3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con ayuda de su familia o amigos. 6. Se sentía deprimida 10. Se sentía con miedo 14. Se sentía sola 18. Se sintió triste
CONDUCTAS		16. Disfruto de la vida	5. Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo 17. Paso ratos llorando. 20. No tenía ganas de hacer nada	2. No se sentía con ganas de comer, tenía mal apetito 13. Habló menos de lo usual
RELACIONES PERSONALES				15. La gente no era amistosa 19. Sentía que no le caía bien a la gente
SALUD				11. Su sueño era inquieto

En las tablas arriba descritas (Tabla 3 y 4) se puede observar que algunos síntomas que originalmente se presentaban de 3 a 4 días por ejemplo, “sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con la ayuda de su familia o amigos”, “tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo”, pasaron a hacerse presentes solo en 1 o 2 días. Así mismo los síntomas originalmente presente de 1 a 2 días, por ejemplo “pensaba que su vida había sido un fracaso” paso a presentarse menos de un día. Los síntomas como “estaba contenta” y “disfruto de la vida” que originalmente se presentaban menos de un día pasaron a presentarse de 5 a 7 días.

En la Figura 3, se pueden observar los cambios obtenidos en el estado de ánimo de la paciente a lo largo del proceso terapéutico. Al inicio de cada sesión se le preguntaba a la joven cuál era su estado de ánimo, (línea azul), ella respondía de acuerdo a una escala de 1 a 10 (donde 1 es el grado máximo de tristeza y 10 es ausencia de tristeza). Al inicio del

proceso terapéutico, en la entrevista inicial y en la primera sesión, la paciente comenta que su nivel de tristeza es entre 3 y 4 y después de haber recibido la intervención, su estado de ánimo se ubica en un nivel excelente, 10 que manifiesta ausencia de tristeza, lo que indica que las sesiones de intervención tuvieron impacto en ella.

Figura 3. Nivel de Estado de Ánimo durante el Proceso de Intervención



En la Figura 3 también se muestra que a lo largo del proceso de intervención se monitoreo el estado de ánimo de la paciente a través del termómetro de ánimo (línea roja) el cual utiliza una escala del 1 al 9 (donde 1 es el peor estado de ánimo y 9 el mejor). El termómetro mostró que en los días antes a la segunda sesión el estado de ánimo osciló entre 5 y 6 (mejor que regular); dos días después el nivel se mantuvo en 6, llegando a la cuarta sesión a un nivel de 7 (mejor). Todos los días anteriores a la sesión cinco el estado de ánimo se mantuvo en 7 (mejor), lo mismo ocurrió antes y durante la sesión seis. Tres días anteriores a la sesión siete el nivel fue de 7 y el día de la sesión llegó a 8 (bastante mejor); el nivel se mantuvo los días posteriores llegando a 9 (el mejor) el día de la sesión ocho. El estado de ánimo bajo un punto el día de la sesión nueve, sin embargo en los días siguientes el nivel de ánimo subió a 9 (el mejor estado de ánimo) y se mantuvo durante las sesiones diez y once.

A través de los dos indicadores de evaluación tanto la pregunta de inicio de sesión como el termómetro de ánimo se puede constatar que el nivel de estado de ánimo de la paciente fue mejorando conforme se fueron realizando las sesiones de intervención cognitivo conductual. También es importante señalar que al inicio de la intervención la joven comentó que se sentía triste y deprimida, aproximadamente cuatro de los siete días de la semana; al final de la intervención, cuando se le hace la misma pregunta, la paciente comentó que ningún día de la última semana se sintió triste, salvo por momentos muy cortos durante las fiestas de día de muertos y no con la misma intensidad que antes.

Durante el primer módulo de intervención (los pensamientos), la paciente pudo darse cuenta que la mayoría de sus pensamientos eran negativos y perjudiciales para su estado de ánimo; logró identificar que los pensamientos sobre la muerte de su padre la hacían sentirse triste y deprimida, también el pensar que todo era mejor cuando vivía su papá le impedía tener una buena relación con su madre, hermanos, amigos o conocidos, así como también le causó tener bajo rendimiento en la escuela y no le permitía buenas relaciones en la escuela y disfrutar de la vida. A través de las primeras cuatro sesiones, la paciente aprende a identificar pensamientos negativos y a cambiarlos a través de estrategias cognitivo conductuales y a promover el aumento de pensamientos positivos. También logra comprender como los pensamientos pueden tener efecto sobre el cuerpo, las acciones y el estado de ánimo. Este módulo abarcó de la sesión 1 a la 4.

En el segundo módulo “las actividades”, la paciente incrementa su estado de ánimo a 10 puntos según la pregunta inicial y a 9 puntos según el termómetro de ánimo; estos puntajes representan el mejor estado de ánimo en ambas escalas. Lo anterior indica que el objetivo del anterior y del presente módulo, llegaron a fomentar el cambio de cogniciones distorsionadas y que retroalimentaban actividades que reforzaban su depresión, por ejemplo, dormía en las tardes y no estudiaba, peleaba y discutía constantemente con su madre y hermano, no hablaba ni se relacionaba con sus compañeros de escuela, etc. Así pues durante la intervención del segundo módulo se trabajó con el cambio de actividades desagradables, el registro de actividades que realizaba la paciente diariamente, la resolución de situaciones conflictivas que impedían la realización de actividades agradables y la planeación de metas a cumplir.

En el transcurso de este segundo módulo de intervención, la paciente mostró mejorías para incrementar actividades agradables, como salir al cine con sus amigos, acercarse y platicar con su mamá, escuchar música, ir a comer fuera con sus amigos, entre otras. De igual manera la paciente identificó obstáculos que le impedían lograr actividades agradables y buscó soluciones, por ejemplo el día en que logró abrazar a su madre y pedirle ir a comer juntas al restaurante donde usualmente iba con su padre. Este cambio logrado por Jazmín fue fundamental en su proceso terapéutico. Este módulo estuvo conformado de la sesión 5 a la 8.

Por último en las sesiones del tercer módulo (Relaciones personales), se logró que la paciente identificara la influencia de las relaciones personales con el estado de ánimo y determinara aquellas alternativas para mejorar la comunicación con las demás personas. Algo fundamental en este módulo fue que Jazmín logró el cambio de actitud hacia sus compañeros y maestros logrando acercarse a ellos y pedirles ayuda para solucionar el problema de sus bajas calificaciones. La paciente ahora asiste a asesorías extras, trabaja mejor en equipo con sus compañeros, tiene el firme propósito de salvar el semestre y lograr mejores calificaciones y está consciente que las relaciones personales le ayudarán a esta meta.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El interés de tratar la depresión en una joven cuyo padre muere a causa de secuestro y homicidio, viene del propósito de investigar si la intervención cognitivo conductual permite la disminución de los síntomas presentes en este trastorno y en este tipo de casos.

Después de haber realizado la intervención se puede constatar que sí hubo efecto en el estado de ánimo de la paciente, ya que en la pre y post evaluación del instrumento de Beck y del CES-D, se manifestó disminución en los síntomas presentados. Los resultados arrojados por el inventario de depresión de Beck refleja que en la primera evaluación, la joven tuvo un puntaje de 25 (Depresión entre moderada y severa) y en la segunda se obtuvo 5 puntos (altibajos normales), lo cual indica una disminución de 20 puntos; así mismo en el CES-D se confirmó la gravedad de los síntomas depresivos manifestados en la última semana antes de dar inicio a la intervención, reportando en la pre-evaluación una puntuación de 22 puntos (depresión mayor) y 5 puntos correspondientes a la post-evaluación, se considera, entonces una disminución de 17 puntos.

Por lo anterior la presente investigación es uno más de los trabajos que permiten confirmar la efectividad de la intervención Cognitivo Conductual. Beck (1983) es uno de los principales aportadores de este tipo de intervención, ya que proporcionó diversas pautas de tratamiento a diversos trastornos, como la depresión. Es importante mencionar también que el programa de intervención cognitivo conductual se ha empleado en la atención de trastornos de la personalidad, como la esquizofrenia (Muños, 2007), ansiedad (Orgilés, Rosa, Inglés & Méndez, 2003), agresividad (Pérez, Fernández & Rodríguez, 2005), depresión (Pérez y García, 2001), por mencionar algunos.

Ya comprobada la efectividad del Programa de Intervención Cognitivo Conductual, se procede a analizar la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales. Al inicio de las sesiones de intervención, el nivel del estado de ánimo de la joven estaba en el rango de depresión mayor, mientras que al final del proceso terapéutico el nivel del estado de ánimo reportaba ausencia del trastorno; a lo largo del proceso también se observan algunos

pequeños altibajos en el nivel de ánimo. Una de las técnicas que permitió conocer cuál era el estado de ánimo de la joven a lo largo del proceso fue el uso del termómetro de ánimo, ya que permite ayudar y promover el control que debe tener el terapeuta a lo largo del tratamiento y estar pendiente de los cambios que puede presentar el estado de ánimo del paciente a causa de ciertas situaciones de vida que se le pudieran presentar. Por ejemplo durante 8 sesiones la paciente logró subir y mantener su estado de ánimo, sin embargo en la sesión número 9, baja su nivel por primera vez, después de haber iniciado la terapia. A lo que Beck (1983) explica que durante la intervención, el paciente puede experimentar una baja de ánimo después de varios días buenos, debido a los cambios en las cogniciones y la presencia de situaciones estresantes. Y ante esto, Fernández (1988) señala que las situaciones estresantes para el individuo reafirman la presencia de depresión y suelen entenderse a partir de la interacción dada entre el sujeto y el ambiente.

Es importante mencionar que la intervención, se basó en el Manual de Terapia de Grupo para el tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión (Muñoz et al., 2003). La importancia de aplicar un programa que dirija las sesiones de intervención, radica en que permite abarcar diversos objetivos afines, encaminados al cambio de la calidad de pensamientos, conductas y emociones del paciente con depresión, haciendo uso de las técnicas apropiadas en la intervención (Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980; en Caballo, 1998). Por lo tanto el programa que se implementó durante el proceso terapéutico, abarcó cuatro áreas de intervención: pensamientos, actividades y relaciones personales. Ante esto, Caballo (1998) insiste en la importancia que tiene la corrección de pensamientos, el aumento de actividades agradables, la modificación de las inadecuadas habilidades sociales y la disminución del estado de tensión en los pacientes con depresión durante la intervención con la terapia Cognitivo Conductual. Por lo anterior, a través de este programa de intervención se trató y logró el cambio de pensamientos, el aumento de actividades agradables y el fomento de mejores relaciones personales.

Según Beck (1983) las técnicas Cognitivo-Conductuales permiten la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, el mantenimiento y modificación de la conducta. Por lo que durante esta intervención se emplearon técnicas tales como programación de actividades, técnicas de dominio y agrado, tareas graduales,

práctica cognitiva y tareas para casa. Lo que en conjunto permitieron que durante este proceso se obtuvieran cambios tanto en las cogniciones y comportamientos de la paciente con depresión.

En el módulo I se trabajó con las cogniciones de la paciente para que en los módulos siguientes pudiera verse el impacto de la intervención, por medio de las técnicas conductuales. Además de las técnicas cognitivas y conductuales empleadas en el proceso de intervención, se utilizaron también, técnicas de relajación progresiva y dirigida con visualización. Ante los datos obtenidos, se puede explicar, como menciona Caballo (1998), que mientras la persona se encuentre relajada, incrementará o mantendrá un excelente estado de ánimo ya que tales técnicas permiten enseñar al paciente a relajarse mediante ejercicios de tensión, relajación y respiración; pues éstas logran el manejo y atención a sensaciones corporales desagradables y situaciones que provocan ansiedad. De esta manera si estas técnicas son utilizadas dentro de la terapia Cognitivo-Conductual permiten que los pacientes con trastornos del estado de ánimo tengan la facilidad de concentrarse en el cambio de cogniciones y conductas, pues los niveles de tensión en su persona son disminuidas.

A lo largo del proceso terapéutico se pudo notar el efecto en el estado de ánimo de la joven al utilizar registros conductuales que le permitieran darse cuenta, por ella misma, de los cambios y hacerse responsable de sus pensamientos, conductas y sentimientos. Caballo (2006), insiste en la importancia de emplear técnicas para enseñar al paciente a que pueda autoevaluarse, autoregistrarse y autoreforzarse mediante actividades que impliquen el registro diario de las experiencias del día y evaluar su propio estado de ánimo, con la finalidad de que el paciente se permita vislumbrar el cambio que obtiene durante el proceso de intervención.

Investigaciones a favor de la intervención cognitivo conductual en diferentes trastornos de la personalidad muestran que el procedimiento terapéutico no debe de ser regido por un manual de intervención, pues se limita al paciente en la atención a los problemas que plantea (Salinas, 1998). Sin embargo, Caballo (1998) está a favor del trabajo terapéutico Cognitivo-Conductual por medio de la planeación de manuales y programas de

intervención que proporcionen la efectividad y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Conforme a los resultados obtenidos en la presente investigación se confirma que en este caso en particular, la joven cuyo padre muere por secuestro y homicidio presentó síntomas de depresión al inicio de la intervención. Esta presencia de síntomas se debieron al evento trágico de la muerte del padre y a los problemas originados a raíz de tal hecho y que afectaron el estado emocional de la joven y al de la familia.

De acuerdo a los resultados de la intervención cognitivo conductual se demuestra que el proceso terapéutico tiene un impacto en los síntomas de la depresión que presentó la paciente, ya que se basó en la intervención de pensamientos irracionales para poder incrementar actividades y emociones agradables. De acuerdo con Beck (1983), se cumple con el objetivo de la intervención, al modificar las cogniciones irracionales que anteceden a los comportamientos que fomentan la presencia de la depresión.

De la misma manera, los autoregistros y autoevaluaciones permitieron identificar el estado de ánimo, pues son técnicas que plantean una alternativa para mantener el control y el seguimiento del paciente a lo largo de las sesiones de intervención (Caballo 1998).

Se comprobó también que la terapia Cognitivo Conductual busca la interacción de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Cuando la joven identificaba sus sentimientos y trabajaba con ellos podía identificar cuáles eran los pensamientos y acciones que influían en su estado de ánimo y así logró al final de la intervención tener mayor control de sus sentimientos, bajando de esta manera su nivel de tristeza profunda y subiendo un mejor estado de ánimo.

Por lo tanto y de acuerdo con todo lo realizado y analizado, se puede concluir que se cumple con el objetivo propuesto al inicio de la presente investigación “Probar la efectividad de un Programa de Intervención Cognitivo Conductual, dirigido a mermer los síntomas de depresión del usuario causados por el secuestro y asesinato de su padre”.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se reconocen las siguientes limitaciones de la investigación.

Un estudio de caso no permite generalizar los resultados obtenidos, ya que un solo caso no puede representar una muestra significativa; por lo tanto, no se pueden hacer análisis estadísticos para dar solidez a los resultados, lo cual implica tratar de implementar talleres con grupos, de esta manera se obtendrían resultados cuantitativos y así compararlos estadísticamente.

Al no tener un grupo control, al cual no se le aplica el tratamiento, no se pueden hacer comparaciones y probar la efectividad del tratamiento de esta manera. Por lo tanto, la importancia de tener un grupo control radica en el hecho de que permite dar solidez a la investigación.

Este tipo de estudio permite describir el proceso terapéutico, sin embargo, no se puede tener control de las variables o situaciones fuera del consultorio que pueden potenciar la problemática que presentan los pacientes, con la cual se esté trabajando.

Reconociendo que el estudio de caso único tiene limitaciones, se puede decir que los resultados de la presente investigación fueron efectivos y es una aportación al campo de investigación de la psicología clínica aplicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acinas, M.P (2012) Duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos y muerte traumática. *Revista Medicina Psicosomática*. Vol. 2 (2012). No 1.
- Allan, S. y Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36 (4), 467-488.
- Aguilera, R., Carreño, M. y Juárez, F. (2001). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*. Vol. 21 número 006, pp.57-66.
- APA (1995). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Mason.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Belloch, A. et al. (1995). *Manual de Psicopatología Vol. 2*. España: McGrawHill.
- Buela-Casal (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 2, No 3. Universidad de Granada España.
- Caballo, V. (1998). *Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. España: Ediciones Pirámide.
- Costa, M. y Serrat, C. (1988). *Terapia de Parejas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bas, F. & Andrés, V. (1996). Evaluación de la severidad y análisis funcional de la depresión. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo & J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 179-226). Madrid: Siglo XXI.
- Blatt, S. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression

- Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 423-428.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: Study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock.
- Brown, G.W., Harris, T.O. & Eales, M.J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (Suppl 30), 50-57.
- Castro, L. & Ángel, G. (1988). Análisis de los trastornos psicológicos. En V. Caballo (dir.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Castro, L. & Ángel, G. (1988). Análisis de los trastornos psicológicos. En V. Caballo (dir.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeberúa, E. et al. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Revista psicoderma* vol. 14 supl.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico. Nuevo Modelo clínico*. Barcelona: Labor.
- Garza, F. (2004). *Depresión, Angustia y Bipolaridad. Guía para pacientes y familiares*. México: Trillas.
- Gavino, A. (2002). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. 2ª Ed. España: Ediciones Pirámide
- Godoy, J. (1993). El proceso de la evaluación conductual. En V. Caballo (dir.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XX.

- Hernández, M. (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión: un análisis de caso. Universidad Autónoma del Estado de México. Centro Universitario UAEM Atlacomulco.
- Hernangómez, L. (2000). ¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la depresión. Archidona: Aljibe.
- Hervás, G., Hernangómez, L., & Vázquez, C. (2004). Buscando el origen emocional de las respuestas rumiativas ante la tristeza: El papel de la confusión emocional y la complejidad emocional. Comunicación presentada en el IV Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Sevilla, 2004.
- Joiner, T. & Metalsky, G.I. (2001). Excessive reassurance-seeking: Delineating a risk factor involved in the development of depressive symptoms. *Psychological Science*, 12, 371-378.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. Vol. 21, número 3, pp. 26-31
- Muñoz, F. y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*. Vol. XXXVI núm. 001, Pp. 98-100.
- Muñoz, R. et al (2003). Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión, Aprendiendo a manejar su realidad personal. Universidad de California San Francisco
- Muñoz, M. (2003). Manual práctico de la evaluación psicológica clínica. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, AB y de Vicente, A. (2002). Instrumentos de evaluación en salud mental. Madrid: Pirámide.

- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Ramírez, L. (2012) Indicadores de víctimas visibles e invisibles de homicidio. México EVALÚA. Centro de Análisis de Políticas Públicas.
- O'Connor, K. y Schaefer, C. (1997). Manual de terapia de juego. Vol. 2. 1ª ed. México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2012). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*. Vol. 19 núm. 002, Pp. 193-204.
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. Vol. 13 núm. 003, Pp. 493-510.
- Pérez, V., Fernández, A., Rodríguez, J. y Barra, F. (2005). Evaluación del efecto de una intervención conductual en la agresividad escolar. *Terapia Psicológica*. Vol. 23, núm. 001, Pp 91-98.
- Salinas, J. (1998). La aplicación de técnicas cognitivo y conductuales para el tratamiento de la depresión: un caso. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. V.1, núm. 1, pp.1-17.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVI num. 3 Fundación Aiglé Buenos Aires Argentina. Disponible en: <http://www.redely.org/articulo.oa?id=281921790006>

- Sánchez, J., Rosa, I. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*. Vol. 11
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. (Vol. 2) (pp. 341-378). Madrid: McGraw Hill.
- Secretaria de Salud (2012). Depresión y Suicidio. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresión-y-suicidio-mexico.html>
- Shaw, B. (1985). The assessment of the severity and symptom patterns in depression. En E. Beckham (Eds.) *Handbook of depression Treatment, assessment and research*. Homewood, Illinois: Dorsey.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University Press.
- Valadez, A. (2002). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 5, Núm. 2.
- Vázquez, C., Jiménez, F., Saura, F., & Avia, M.D. (2001). The importance of “importance”: A longitudinal confirmation of the attributional-stress model of depression measuring the importance of the attributions and the impact of the stressor. *Personality and Individual Differences* 31, 2, 205-214.
- Vázquez, C. (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 101-113.
- Vázquez, C. & Muñoz, M. (2002). *Entrevista diagnóstica de adultos*. Madrid: Síntesis.
- Vásquez, C. (1995). Evaluación de trastornos bipolares y depresivos. En: A. Roa. *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE. Cap. 3.

Woolfolk, A. (2006). *Psicología Educativa*. México: Pearson

Yankura, J. y Dryden, W. (1999). *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos ilustrativos*. Barcelona: Desclée de Brouwer.

APÉNDICES

Apéndice A

INVENTARIO DE BECK

NOMBRE: _____ EDAD: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

- A) 0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer
3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar
- B) 0 No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro
1 Estoy desilusionado (a) del futuro
2 Siento que no tengo perspectiva del futuro
3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará
- C) 0 No siento que fallé
1 Siento que fallo más que una persona normal
2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado
3 Siento que una falla completa como persona
- D) 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
1 No disfruto de las cosas como antes
2 No encuentro satisfacción real de nada
3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo
- E) 0 No me siento particularmente culpable
1 Me siento culpable buena parte del tiempo
2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo

- F) 0 No siento que he sido castigado (a)
1 Siento que podría ser castigado (a)
2 Espero ser castigado (a)
3 Siento que he sido castigado (a)
- G) 0 No me siento desilusionado (a) de mi
1 Estoy desilusionado (a) de mí
2 Estoy disgustado (a) conmigo
3 Me odio
- H) 0 No me siento peor que nadie
1 Me critico por mi debilidad o por mis errores.
2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
- I) 0 No tengo pensamientos de suicidarme
1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría
2 Me gustaría matarme
3 Me mataría si pudiera
- J) 0 No lloro más de lo usual
1 Lloro más que antes
2 Lloro ahora todo el tiempo
3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo
- K) 0 No soy más irritable de lo que era antes
1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes
2 Me siento irritado (a) todo el tiempo
3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí
- L) 0 No he perdido el interés en otra gente

- 1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes
 - 2 He perdido mi interés en otra gente
 - 3 He perdido todo mi interés en otra gente
- M) 0 Tomo decisiones igual que siempre
- 1 Evito tomar más decisiones que antes
 - 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora
 - 3 No puedo tomar decisiones por completo
- N) 0 No siento que me vea peor que antes
- 1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 - 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a)
 - 3 Creo que me veo feo(a)
- O) 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
 - 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo
 - 3 No puedo hacer nada
- P) 0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No puedo dormir tan bien como antes
 - 2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
 - 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir
- Q) 0 No me canso más de lo usual
- 1 Me canso más fácil que antes
 - 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
 - 3 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa
- R) 0 Mi apetito es igual de lo usual

1 Mi apetito no es tan bueno como antes

2 Mi apetito no es mucho más peor ahora

3 No tengo nada de apetito

S) 0 No he perdido peso

1 He perdido más de 2.5 kg

2 He perdido más de 5 kg

3 He perdido más de 7.5 kg

He intentado perder peso comiendo menos

SI ___ o NO ___

T) 0 No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes

1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias

2 Estoy muy preocupado (a) con mis problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas

3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

U) 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes

2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora

3 He perdido completamente el interés por el sexo

Apéndice B

CES-D

INSTRUCCIONES: Le voy a leer unas frases que describen como usted se podría haber sentido. Por favor dígame con que frecuencias usted se ha sentido de esta manera durante la semana pasada: raramente o ninguna vez, alguna o pocas veces, ocasionalmente o buena parte del tiempo; o la mayor parte del tiempo.

Durante la semana pasada, es desde ___ al ___ (fecha)	Raramente o ninguna vez (menos de un día)	Alguna o pocas veces (1 a 2 días)	Ocasionalmente o buena parte del tiempo (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1.- Le molestaron cosas que usualmente no le molestan.	0	1	2	3
2.- No se sentía con ganas de comer, tenía mal apetito.	0	1	2	3
3.- Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aún con la ayuda de su familia o amigos	0	1	2	3
4.- Sentía que usted era tan buena como cualquier persona.	3	2	1	0
5.- Tenía dificultad a mantener su mente en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6.- Se sentía deprimida	0	1	2	3
7.- Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
8.- Se sentía optimista sobre el futuro.	3	2	1	0
9.- Pensó que su vida había sido un fracaso.	0	1	2	3
10.- Se sentía con miedo.	0	1	2	3
11.- Su sueño era inquieto	0	1	2	3
12.- Estaba contenta	3	2	1	0
13.- Habló menos de lo usual	0	1	2	3
14.- Se sintió sola	0	1	2	3
15.- La gente no era amistosa	0	1	2	3
16.- Disfruto de la vida	3	2	1	0
17.- Paso ratos llorando	0	1	2	3
18.- Se sintió triste	0	1	2	3
19.- Sentía que no le caía bien a la gente.	0	1	2	3
20.-No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3

Apéndice C

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

Disminuir la frecuencia de los síntomas depresivos del usuario a partir del adecuado manejo de las emociones, las cuales están dirigidas por los pensamientos y las acciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Según Muñoz et al (2003), el plan de tratamiento debe de cubrir tres aspectos específicos.

Identificar los pensamientos y acciones que favorecen las emociones asociadas a la depresión.

Identificar y aumentar actividades agradables para superar el estado de ánimo depresivo

Mejorar las relaciones personales y sociales.

AREAS DE INTERVENCIÓN (MÓDULOS)

- 1.- Pensamientos
- 2.- Actividades Agradables
- 3.- Relaciones Personales y Sociales

REGLAS DE LA TERAPIA

- Asistencia a todas las sesiones
- Puntualidad
- Compromiso para acudir a las sesiones terapéuticas
- Disposición para realizar las actividades durante la sesión y fuera de ella

DURACIÓN

El programa de intervención durará 12 sesiones, divididas en tres módulos (pensamientos, actividades, relaciones personales) compuestos de 4 sesiones cada uno. Las sesiones tendrán una hora de duración.

ESTRUCTURA GENERAL DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

MODULO 1	PENSAMIENTOS (Cómo tus pensamientos afectan tu estado de ánimo)	
OBJETIVO MÓDULO	Identificar pensamientos saludables y dañinos	
SESIÓN	OBJETIVO SESIÓN	TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES
1.- Intervención Cognitivo-Conductual	Presentar la terapia cognitivo conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de pensamientos - Estrategias de cambio cognoscitivo - Autoevaluación - Tareas para casa
2.- Los pensamientos y estado de ánimo	Identificar pensamientos que se encuentran asociados con el estado de ánimo.	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de pensamientos - Estrategias de cambio cognoscitivo - Autoevaluación - Tareas para casa
3.- Menos pensamientos negativos y mejor estado de ánimo	Aprender a identificar y controlar los pensamientos negativos y/o dañinos.	<ul style="list-style-type: none"> - Relajación - Autoafirmaciones de enfrentamiento - Tareas para casa
4.- Pensamientos saludables para tener una mejor vida.	Aumentar los pensamientos positivos o saludables para tener una vida emocionalmente sana.	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de cambio cognoscitivo - Tareas para casa
MODULO 2	LAS ACTIVIDADES ¿Cómo tus actividades afectan tu estado de ánimo?	
OBJETIVO MÓDULO	Identificar y aumentar actividades agradables para superar la depresión	
SESIÓN	OBJETIVO SESIÓN	TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES
5.- Las actividades y el estado de ánimo	Darse cuenta de cómo lo que se hace influye en la forma cómo se siente.	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de cambio cognoscitivo - Registro de actividades - Tarea para casa
6.- Actividades Agradables y Relajación	Formular un plan para realizar más actividades saludables y aprender a relajarse.	<ul style="list-style-type: none"> - Autoafirmaciones de enfrentamiento.. - Asignación de tareas graduales - Técnicas de dominio y agrado
7.- Las metas como parte de	Fijar metas alcanzables	<ul style="list-style-type: none"> - Programación de

la realidad		<ul style="list-style-type: none"> actividades - Asignación de tareas graduales - Tareas para casa
8.- Mundo subjetivo y objetivo	Identificar estrategias para manejar el mundo subjetivo y objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Programación de actividades - Asignación de tareas graduales - Tarea para casa
MODULO 3	LAS RELACIONES PERSONALES	
	(¿Cómo tus relaciones personales afectan tu estado de ánimo?)	
OBJETIVO MÓDULO	Mejorar las relaciones personales y sociales para disminuir el estado de ánimo depresivo.	
SESIÓN	OBJETIVO SESIÓN	TÉCNICAS
9.- Las relaciones personales e interpersonales en la vida diaria	Comprender que las relaciones con personas influyen en e estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de cambio cognoscitivo - Registro de actividades - Práctica cognitiva - Tarea para casa
10.- Problemas que se presentan en las relaciones personales	Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> - Autoafirmaciones de enfrentamiento. - Asignación de tareas graduales - Técnicas de dominio y agrado - Psicodrama
11.- Relaciones personales mejores y el estado de ánimo	Identificar alternativas para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> - Programación de actividades - Asignación de tareas graduales - Psicodrama - Tareas para casa
12.- Los beneficios de la terapia	Medir el grado de depresión al concluir con la intervención	Autoafirmaciones

MÓDULO 1	PENSAMIENTOS (Cómo tus pensamientos afectan tu estado de ánimo)	
OBJETIVO MÓDULO 1	Identificar pensamientos saludables y dañinos	
SESIÓN 1	Intervención cognitivo-conductual	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 1	Presentar la terapia cognitivo-conductual	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Presentación del paciente- terapia-terapeuta	-Terapeuta: la terapeuta se presenta y da la bienvenida a la paciente. Indaga sobre la problemática principal (dificultades o preocupaciones). Se puede utilizar la siguiente pregunta: ¿Qué te gustaría cambiar o mejorar en tu vida? -Terapeuta: presenta el propósito de la sesión: Conocerse mejor, discutir las reglas para la sesión, aprender lo que es la depresión y saber cómo los pensamientos afectan los sentimientos. -La terapeuta explica a la paciente cuál es la terapia en la cual va a participar: Terapia Cognitivo-Conductual: “cognitiva” se refiere a los pensamientos”, “conductual” se refiere a las acciones, la depresión tiene que ver mayormente con los sentimientos. Terapeuta: “Si logramos entender cómo tus pensamientos y acciones afectan tus sentimientos, puedes aprender a tener mayor control sobre los mismos y sentirte mejor”	Diagrama “Cómo Entendemos la Depresión” (Ver apéndice D)
¿Qué es la depresión, qué significa estar deprimido/a?	-Terapeuta: hace la pregunta ¿qué significa para ti estar deprimida?, para propiciar que la paciente comparta información sobre su experiencia personal. Utilizando esta información, la terapeuta, presenta los síntomas clínicos de depresión integrando los síntomas que la paciente ha experimentado. Todo lo anterior para que la joven comprenda qué es la depresión clínica y cuáles son sus síntomas.	
Introducción de cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo	-Para explicar nuevamente cómo se entiende la depresión, la terapeuta hará las siguientes preguntas: ¿Qué tipos de pensamientos te pasan por la mente cuando te sientes deprimida o triste? ¿Qué es lo que haces cuando te sientes deprimida? ¿Cómo te llevas con la gente cuando estás deprimida? ¿Qué es lo que piensas causa la depresión? -Con la información obtenida explicará cómo el tener algunos tipos de pensamientos hace que se sienta deprimida. Un pensamiento puede tener un efecto sobre el cuerpo, las acciones y el estado de ánimo.	
Cierre de sesión y discusión del proyecto personal.	-Terapeuta: ¿tienes alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? -Discusión sobre la tarea para casa (termómetro de ánimo) que realizará la joven hasta la próxima sesión. -El termómetro permite evaluar la intensidad de los sentimientos depresivos o estado de ánimo al final del día. La terapeuta modelará cómo se llena el termómetro del ánimo y lo completará para el día de ayer junto con la joven a manera de práctica.	Registro conductual: “El Termómetro del Ánimo” (Apéndice E)
SESIÓN 2	Los pensamientos y estado de ánimo	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 2	Identificar pensamientos saludables y dañinos así como su relación con el estado de ánimo	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	-Terapeuta: promueve la participación en un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión 1. a) Depresión b) Teoría Cognitivo-Conductual de la Depresión c) Termómetro de Ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa?	Registros conductuales: “Termómetro de ánimo” (Apéndice E)
¿Qué son los pensamientos y cómo afectan tu estado de ánimo?	-Terapeuta: Hace la pregunta en forma abierta para facilitar la discusión: ¿Qué son los pensamientos? -La joven se dará cuenta que diferentes tipos de pensamientos producen diferentes efectos en el estado de ánimo. Algunos aumenten la posibilidad de que la persona se deprima, mientras que otros ayudan a sentirse bien.	
Pensamientos comunes de las personas deprimidas y las no deprimidas	-Terapeuta: Pregunta: ¿Cómo suelen pensar las personas con depresión?. Con esto propiciará una lluvia de ideas en torno a pensamientos de las personas con depresión. Después pregunta lo siguiente: De esos pensamientos que me dijiste, ¿Cuáles tienes tú? o ¿Cuáles te pasan a ti?. Con esto la paciente se dará cuenta que las personas deprimidas tienen diferentes tipos de pensamientos: inflexibles, enjuiciadores, destructivos e innecesarios. -Terapeuta: Pregunta ¿Cómo piensan las personas que no están deprimidas?, después de la pequeña plática, la terapeuta ilustrará las diferencias entre los pensamientos que tienen las personas deprimidas versus las que no están deprimidas; y cómo se puede utilizar el contraste, por ejemplo:	

	Pensamiento negativo: "Yo no sirvo para nada" Pensamiento positivo: "Estoy mejorando"	
Aprendiendo a identificar diferentes estilos de pensamientos	-Terapeuta: pide a la joven leer y discutir cada tipo de pensamiento en la hoja " Estilos de Pensamiento Dañinos y Contraproducentes ". La terapeuta procurará que la joven entienda cada categoría de pensamiento al pedirle que dé un ejemplo real de cada una luego de haberlo discutido.	Registros conductuales "Estilos de Pensamientos dañinos 2 (Apéndice F).
Cierre de sesión (Tarea para casa)	La terapeuta le dará indicaciones a la paciente sobre la tarea para casa. -La joven continuará llenando el Termómetro del Ánimo. -Llevará un registro de sus pensamientos, llenando la Lista de Pensamientos Positivos y Negativos . Sumará el número total de pensamientos positivos y el número total de pensamientos negativos. Observará la relación que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y su estado de ánimo. -Se le pedirá también a la joven intentar identificar cada uno de los pensamientos de acuerdo a las distintas clasificaciones que se discutieron en la sesión (Estilos de Pensamientos Dañinos o contraproducentes); y tratar de cambiar los mismos a pensamientos más positivos o flexibles.	Lista de pensamientos positivos y negativos (Apéndices G y H)
SESIÓN 3	Menos pensamientos negativos y mejor estado de ánimo	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 1	Aprender a identificar y controlar los pensamientos negativos y/o dañinos.	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	-Terapeuta: promueve la participación en un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión 2. a) El termómetro del Ánimo b) Los estilos de pensamientos que tienen las personas deprimidas. c) Lista de Pensamientos Positivos y Negativos ¿Cuáles son algunos de los pensamientos que tuviste la semana pasada?	Registros conductuales: "Estilos de pensamientos" "Lista de pensamientos"
Pensamientos que producen un mejor estado de ánimo	-La terapeuta y la paciente discutirán algunas estrategias que promueven el aumento de pensamientos positivos que ayudan a mejorar el estado de ánimo. a) Detén todo lo que estás haciendo: se puede hacer un ejercicio de relajación luego de discutir este punto. b) Aumenta en tu mente el número de pensamientos buenos: Hacer una lista de pensamientos buenos sobre ella misma y de la vida en general. (se realiza el ejercicio y después se discute) c) Felicítate mentalmente. Se le puede pedir a la joven que identifique un motivo por el cual pueda felicitarse mentalmente. d) Proyección al futuro. Se le pedirá a la joven que se imagine su futuro en 1, 5 y 10 años. Motive a que provea el mayor detalle posible en su visualización (lugar, persona, actividad, etc.). Ver ejemplo de un modelo sugerido.	Ejercicios de relajación (Apéndice I y J) Visualización "Proyección al futuro" (Apéndice K)
Disminución de pensamientos que te hacen sentir mal	-La terapeuta y la paciente discutirán algunas estrategias para disminuir los pensamientos que le hacen sentir mal. a) Interrumpe tus pensamientos b) Solo utiliza un tiempo necesario para preocuparte c) Ríete de los problemas exagerándolos d) Considera lo peor que puede pasar. Se discutirá qué técnicas de las anteriores, podría utilizar en situaciones particulares.	
Cierre de sesión	Tarea para casa -Continúa llenando el Termómetro de Ánimo -Continúa trabajando en tus pensamientos. Llena tu Lista de Pensamientos Negativos y Positivos cada día -Practica algunas de las técnicas discutidas para aumentar los pensamientos positivos y disminuir los negativos.	Registros conductuales: Termómetro de ánimo, lista de pensamientos
SESIÓN 4	Pensamientos saludables para tener una mejor vida.	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 1	Aumentar los pensamientos positivos o saludables para tener una vida emocionalmente sana.	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	-Se repasan los conceptos discutidos en la sesión 3 a) El termómetro de Animo b) Lista de pensamientos positivos y negativos ¿Cuáles son algunos de los pensamientos que tuviste los días previos a esta sesión?	Registros conductuales: Termómetro de ánimo, lista de pensamientos
Hablándole a tus pensamientos	-La terapeuta mostrará a la paciente un método para aumentar pensamientos positivos. Utilizará frases reales dichas por la paciente. T: Cuando te sientas deprimida, pregúntate a ti misma lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando o hiriendo. a) Es el evento, es decir, lo que sucedió.	

	<p>b) Es la creencia o el pensamiento que estás teniendo, es decir, lo que te dices a ti misma acerca de lo que está pasando.</p> <p>c) Es la consecuencia de tu pensamiento; es decir, el sentimiento que tienes como resultado de tu pensamiento.</p> <p>d) Es la forma en que discutes, debates o le hablas a tu pensamiento. Esto implica que se reten los pensamientos negativos y se generen pensamientos alternos.</p>	
Hablándole a tus pensamientos (ejercicios de práctica)	-La terapeuta y paciente practicarán el método antes explicado con la hoja de trabajo	Registros conductuales: "Hablándole a tus pensamientos" (Apéndice L)
Pensamientos que pueden contribuir a que te sientas deprimido.	-Generar una discusión en la que se dirija a cambiar o modificar pensamientos negativos a unos más positivos y flexibles. Seguido de cada pensamiento negativo se proveen ejemplos de pensamientos alternos. P: "Nunca podré ser feliz." "Ahora me siento infeliz, pero sé que las cosas pueden mejorar."	
Repaso del módulo	T: ¿Qué aprendiste del módulo? Tarea -Continúa llenando el Termómetro del Ánimo -Continúa trabajando en tus pensamientos. Llena tu Lista de Pensamientos Negativos y Positivos cada día. -Usa el método para hablarle a tus pensamientos.	Registros conductuales: pensamientos negativos y positivos

MÓDULO 2	LAS ACTIVIDADES ¿Cómo tus actividades afectan tu estado de ánimo?	
OBJETIVO MÓDULO 2	IDENTIFICAR Y AUMENTAR ACTIVIDADES Y METAS AGRADABLES PARA SUPERAR LA DEPRESIÓN	
SESIÓN 5	Las actividades y el estado de ánimo	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 5	Darse cuenta de cómo lo que se hace influye en la forma cómo se siente.	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	Revisión de los conceptos discutidos en la sesión 4 -Termómetro de Ánimo -Lista de Pensamientos Positivos y Negativos -El método "hablándole a tus pensamientos" -Informar a la paciente que a partir de esta sesión se trabajará en la forma cómo las actividades diarias afectan cómo nos sentimos.	Registros conductuales: termómetro de ánimo, lista de pensamientos negativos y hablándole a tus pensamientos
Menos actividades agradables más depresión	T: Hará las siguientes preguntas de forma abierta. ¿Dejas de hacer cosas porque te sientes deprimida? ¿Te deprimas porque dejas de hacer cosas? T: Explica el siguiente círculo vicioso: "Mientras menos cosas agradables haces, más deprimida te sientes." "Mientras más deprimida te sientes, menos cosas agradables haces." Para romper el círculo vicioso, puedes aumentar las actividades que te hacen sentir mejor (actividades agradables)	
Obstáculos para hacer actividades agradables	T: Fomentará la discusión a través de la siguiente pregunta: ¿Qué obstáculos o cosas te impiden hacer actividades agradables? Se pedirán ejemplos específicos reales de obstáculos para hacer actividades agradables. -Algunos obstáculos para trabajar con actividades agradables son: TUS PENSAMIENTOS ¿Qué pensamientos te ayudan a disfrutar de una actividad? ¿Qué pensamientos te hacen difícil disfrutar de una actividad? ¿Alguna vez disfrutarse una actividades que pensaste que no ibas a disfrutar? LA GENTE ¿Cómo otras personas te han hecho difícil disfrutar de alguna actividad agradable?	
Cierre de sesión	T: ¿Cómo te sientes? ¿De qué te das cuenta? TAREA: El termómetro de Ánimo Al final del día ponle una marca a cada una de las actividades de la Lista de Actividades Agradables que hiciste. Anota el número total de marcas que tuviste al final del día. Trae la lista contigo la próxima semana.	Registro conductual: Lista de actividades agradables (Apéndice M)
SESIÓN 6	Actividades Agradables y Relajación	
OBJETIVO DE LA	Formular un plan para realizar más actividades saludables y aprender a relajarse.	

SESIÓN 6		
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	Repaso de la sesión 5 -Termómetro del Ánimo -Lista de Actividades Agradables. ¿Cómo te sentiste llevando un registro de tus actividades? ¿Cuántas actividades hiciste cada día?	Registros conductuales
Actividades agradables para sentirse mejor	-Terapeuta pregunta: ¿Cómo las actividades agradables pueden ayudarte a sentirte mejor? Puede hacer referencia entre pensar, actuar y sentir. Recuerda: a) Las actividades agradables no tienen que ser actividades especiales, aunque pueden ser especiales b) Las actividades agradables pueden ser diferentes para diferentes personas. c) Nos sentimos mejor cuando nuestras actividades están bien balanceadas entre las cosas que “tenemos que hacer” y las cosas que “queremos hacer” d) El planificar y programar tus actividades es una forma de obtener más control sobre tu vida. -La terapeuta explorará si la joven lleva un programa o agenda de sus actividades semanales. Luego presentará y discutirá los beneficios de llevar a cabo un Programa semanal de actividades. A modo de práctica, en la hoja de Programa semanal de actividades se le pedirá a la joven que escriba aquellas actividades que hace diariamente en los días y los horarios en que las va a realizar.	Registro Conductual: Programa semanal de actividades (Apéndice N)
Actividades agradables sin gastar mucho dinero	-Se le pedirá a la joven hacer una lista de actividades agradables que la joven pueda hacer sin gastar mucho dinero. De esta lista de actividades agradables, escogerá una que le gustaría hacer y pensará en cosas que podrían impedir que se realice la actividad. Así la joven podrá anticipar, posibles problemas y prepararse para manejarlos de forma que no interfieran con la actividad agradable. - Para realizar este ejercicio se debe considerar los siguientes puntos: -¿Cómo puedes planificar y organizar tu tiempo? -¿Cómo puedes usar tus pensamientos para ayudarte a planificar y disfrutar de esta actividad? -¿Qué es lo que pudiera obstaculizar o impedir tener esta actividad agradable? -¿Cómo puedes solucionarlos?	
Cierre de sesión	-El termómetro del ánimo -Al final del día, ponle una marca a cada una de las actividades de la Lista de Actividades Agradables que hiciste. Anota el número total de marcas que tuviste el final del día. -Completa el Programa semanal . -Esta semana vas a hacer un experimento contigo misma. a) Escoge una actividad agradable que puedas realizar esta semana y establece una recompensa que te podrías dar si la llevas a cabo. b) Llena la hoja titulada ¿Cuánto crees que disfrutarás de tus actividades agradables? Escoge de res a seis actividades que te gustaría realizar durante las próximas semanas. Escribe para cada una en qué por ciento crees que las vas a disfrutar. Luego que las lleves a cabo, vas a darle a cada una el por ciento real en que las disfrutaste.	Registro Conductual: ¿Cuánto crees que disfrutarás de tus actividades agradables? (Apéndice Ñ)
SESIÓN 7		
Las metas como parte de la realidad		
OBJETIVO DE LA SESIÓN 7		
Fijar metas alcanzables		
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	Repaso de los conceptos vistos en la sesión 6 -Termómetro de ánimo -Lista de actividades agradables -Programa semanal -Predicción de actividades agradables. Terapeuta explica: el objetivo de estos ejercicios es que: a) No necesitas esperar hasta que sientas las energías de hacer algo para hacerlo. b) Puedes escoger hacer algo y realmente hacerlo c) Puedes disfrutar algunas actividades aún cuando pensaste que no podrías hacerlo. d) Puedes mejorar tu estado de ánimo con tus actividades. e) Entre más practiques esto, más cambios obtendrás en tu estado de ánimo.	Registros conductuales
Plan para superar la depresión	T: explica que se puede crear un propio plan para superar la depresión. Una forma es establecer metas. Se harán estas preguntas de forma abierta para fomentar la discusión.	

	<p>¿Qué son las metas? ¿Cómo alcanzar metas puede ayudar a sentirte mejor? Terapeuta explica: Hay varios tipos de metas: -Metas a corto plazo (cosas que te gustaría hacer pronto) -Metas a largo plazo (cosas que te gustaría hacer en alguna ocasión en tu vida) -Metas de la vida (filosofía de la vida: ¿qué es lo más que te importa en la vida?)</p>	
Identificando metas personales	<p>-La terapeuta pedirá a la joven que escriba metas a corto plazo, a largo plazo y de la vida en la hoja titulada Metas individuales. Se utilizará alguna de las metas que la joven tiene en la hoja para discutir cómo establecer metas usando los puntos a continuación: a) Metas claras y concretas: ¿cuál de tus metas se pueden hacer más claras y concretas? b) Metas pequeñas: ¿Cuál de tus metas podrías dividir en partes más pequeñas? c) Metas realistas y razonables: ¿Crees que tus metas son realistas? - Evaluar con la joven si puede alcanzar esas metas tomando en consideración: sus habilidades, recursos, motivación, etc. -Luego se discute el ejercicio, solicitándole a la joven que identifique los posibles obstáculos que puedan impedir el realizar sus metas. ¿Cuáles son los obstáculos que te impiden realizar tus metas?</p>	Registro conductual: "Metas individuales" (Apéndice O)
Superar la depresión	<p>-La terapeuta explica: Para ayudar a superar la depresión, es importante: -Establecer metas realistas -Reconocer las cosas positivas que haces para alcanzarlas. -Recompénsate en tu mente y en la vida real. Tarea -El Termómetro del ánimo -Continúa completando el Programa Semanal de Actividades. -Manejo del tiempo: haz una lista de las metas que te gustaría hacer los días siguientes. Ponlas en orden de prioridad. ¿Estás segura que realmente quieres hacer las últimas de tu lista? Identifica un plan para lograr las de mayor prioridad.</p>	Registros conductuales
SESIÓN 8	Mundo subjetivo y objetivo	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 8	Identificar estrategias para manejar el mundo subjetivo y objetivo.	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	<p>-Se repasará lo visto la sesión 7 -El termómetro del ánimo -Programa semanal de actividades -Lista de metas personales</p>	Registros conductuales
La depresión y el manejo saludable de la realidad	<p>Terapeuta explica: -Vivimos en dos mundos (objetivo y subjetivo) -Estos dos mundos son nuestra realidad. La clave para sentirte saludable es: aprender a manejar estos dos partes de tu realidad. -Nadie controla completamente estos dos mundos. Sin embargo, puedes aprender a tener más control de tu mundo subjetivo (interior) y a identificar formas de manejar el mundo objetivo. -Hay formas en que puedes sentir que tienes más control y, por lo tanto, sentirte menos deprimida. Hay algunas formas de sentir más control: a) Buscar alternativas b) Pensando que la vida está hecha de pequeños pedazos de tiempo. Ejemplo: ¿Alguna vez ha tenido este tipo de pensamiento? "Yo no puedo disfrutar de la vida hasta que _____" ¿Qué puedes hacer para cambiar este tipo de pensamiento a uno como? "Para disfrutar mejor la vida yo voy a _____"</p>	
Haciendo tus dos mundo más saludables para ti	<p>Terapeuta explica que el mundo de afuera puede ser más saludable para las personas. ¿Qué cosas en tu mundo de afuera están contribuyendo a que te sientas deprimido? ¿Qué es lo que puedes hacer ahora? -Se habla de posibles alternativas: a) Menciona dos alternativas (posibles acciones concretas para manejar el mundo de afuera. b) Tiempo. ¿Cómo utilizas tu tiempo para alcanzar a lograr esas alternativas? Haciendo tu mundo de adentro (interior) más saludable. -Terapeuta pregunta: ¿Qué cosas en tu mundo de adentro están contribuyendo a que te sientas deprimida? ¿Todavía hay algunos pensamientos negativos que tiene de forma recurrente? ¿Qué es lo que puedes hacer ahora? -Menciona dos alternativas que tienes para manejar el mundo de adentro. ¿Pasas mucho tiempo pensando que quieres cambiar el pasado o anticipando un futuro negativo?</p>	
Cierre de sesión Repaso del módulo	<p>¿Qué aprendiste? TAREA: El termómetro del ánimo y tu programa semanal de actividades.</p>	Registros conductuales

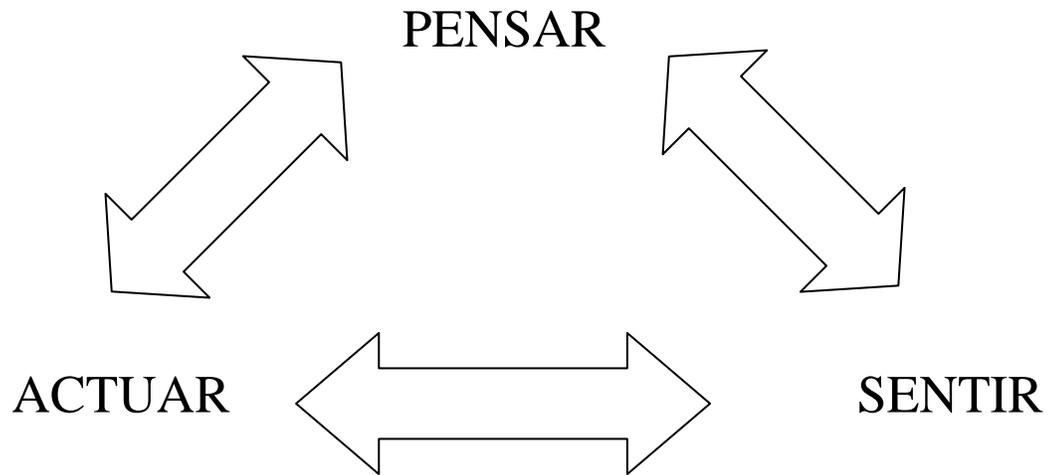
MÓDULO 3	LAS RELACIONES PERSONALES	
OBJETIVO MÓDULO 3	Manejar las relaciones personales y sociales para disminuir el estado de ánimo depresivo.	
SESIÓN 9	Las relaciones personales e interpersonales en la vida diaria	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 9	Comprender que las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	Repaso de los conceptos vistos en la sesión anterior -El termómetro de ánimo -Tu programa Semanal de Actividades -Repaso de cómo entendemos la depresión según la teoría Cognitivo-Conductual -En este modulo (en las próximas 4 terapias) estaremos trabajando con las relaciones interpersonales y cómo éstas afectan cómo te sientes	Registros conductuales
Los contactos con otras personas afectan tu estado de ánimo	-Terapeuta explica La depresión está relacionada con: a) Tener menos contactos con personas b) Sentir incomodidad, timidez o enojo hacia otras personas c) Ser menos asertivo d) Ser más sensible a ser ignorado/a, criticado/a o rechazado/a -T: Hará la siguiente pregunta de forma abierta fomentando la discusión. ¿Es la depresión la causa que las personas sean menos sociables?, o por el contrario, ¿El ser menos sociable causa que las personas se depriman? La respuesta es que lo más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas se influyen mutuamente.	
La importancia del apoyo social	T: Explica que el apoyo que recibimos al estar en contacto con otras personas es muy importante para nuestra salud. T: ¿Cuál es tu red de apoyo social?, ¿Quiénes son tus amistades? ¿Cuántas veces las ves? ¿Qué hacen? ¿En quiénes confías? Ejercicio: Representa tu red de apoyo social utilizando el diagrama Mi red de apoyo . T: Hace las siguientes preguntas fomentando la discusión y dando estrategias. -Mantener sana la red de apoyo social ¿Cómo podemos mantener una red de apoyo social saludable? -Conocer a otras personas ¿Cómo hacer amistades?, ¿qué cosas han hecho amistades para acercarse a ti? ¿Qué hace una persona amistosa o simpática? ¿Algo que te haya agradado?	“Mi red de apoyo social” (Apéndice P)
Cierre de sesión Establecimiento y mantención de buenas relaciones	Tarea para casa El termómetro de ánimo Utiliza el programa semanal de contactos para anotar el tipo de contacto que tuviste con la personas a tu alrededor a lo largo del día. Escribe un “+” si fue positivo y un “-“ si fue negativo.	Registro conductual “Programa semanal de contactos” (Apéndice Q)
SESIÓN 10	Problemas que se presentan en las relaciones personales	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 10	Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	Repaso de actividades: -Termómetro de ánimo -Programa semanal de contactos -Red de apoyo social y cómo mantenerla o agrandarla	Registros conductuales
Pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en las relaciones con otras personas y las relaciones afectan estas tres áreas.	Terapeuta explica: En esta sesión vamos a explorar cómo los pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en tus relaciones con otras personas y cómo las relaciones afectan estas tres áreas. Preguntas para discusión y trabajo práctico -Cuando estás sola ¿cómo son tus pensamientos, conductas y sentimientos? -Cuando estás con otras personas ¿cómo influyen tus pensamientos, expectativas acciones y sentimientos? ¿Qué pensamientos tienes? -Pensamientos que te impiden hacer amistades -Pensamientos que ayudan a que te sientas cómoda con otras personas. ¿Qué es lo que puedes esperar de otras personas? ¿Qué es lo que otras personas pueden esperar de ti? ¿Cómo te acercas a otras personas? ¿Cuál es la impresión que les causas a otras personas? ¿Cómo tus sentimientos afectan tus relaciones con los demás? ¿Qué sentimientos tienes cuando estás con otras personas?	

Cierre de sesión	<p>Terapeuta explica: El propósito de examinar los pensamientos, comportamientos y sentimientos es identificar cómo estas tres áreas influyen i en la relación con otras personas y considerar en qué áreas se necesita mejorar para tener relaciones más positivas.</p> <p>-Puedes cambiar tu estado de ánimo si te propones mejorar tus relaciones con otras personas ¿Qué áreas necesitas mejorar?</p> <p>-Resume con la joven algunos de los hallazgos obtenidos en relación a las tres áreas discutidas y sus relaciones interpersonales.</p> <p>Tarea: El termómetro del ánimo</p>	
SESIÓN 11	Relaciones personales mejores y el estado de ánimo	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 11	Identificar alternativas para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	<p>Repaso sesión anterior</p> <p>-Termómetro de ánimo</p> <p>-Al mejorar tus relaciones interpersonales ayudas a disminuir tu depresión</p>	
Cómo ser asertivo	<p>-La terapeuta pide a la joven examine pensamientos, sentimientos y acciones relacionadas a una persona con la que se haya identificado con dificultad. Explorará una situación problemática que haya acontecido recientemente.</p> <p>Ejemplo: Cuando estás con _____ ¿Qué piensas? ¿Cómo actúas? ¿Cómo te sientes?</p> <p>-Se le pedirá a la joven piense en una situación con esta persona en la que se le hace difícil ser asertiva. Luego de las siguientes instrucciones, la terapeuta pedirá lo siguiente:</p> <p>-Imagínate que la situación como si fuera una fotografía -Imagínate empezando la acción como si fuera una película -Imagínate diciendo algo en forma asertiva -Imagínate la respuesta que recibes.</p> <p>Terapeuta explicar destrezas de comunicación para aplicarlas a la situación presentada anteriormente.</p> <p>a) Destrezas de comunicación: escucha activa, repetir lo que otra persona dijo con tus propias palabras. Por ejemplo “Entendí que dijiste _____” Pregunta directamente qué fue lo que quiso decir. “¿Qué quisiste decir con _____” Cuando nos molestamos con alguien en vez de atacarlo es más efectivo decir cómo piensas y/o te sientes en relación a lo que ésta hace. Paso 1: Decir el dato o el suceso de lo que te molesta. Paso 2: Decir cómo te sientes Paso 3: Decir lo que piensas. “Cuando tú me gritas me siento nerviosa porque me haces pensar que no me quieres ver”</p>	
Decisión al cambio	<p>Terapeuta explica: Tu puedes decidir cambiar</p> <p>Antes de estar con otras personas</p> <p>a) Piensa diferentes: para cambiar tus pensamientos sobre otras personas, decide por adelantado qué tipo de pensamientos te gustaría tener cuando estás con ellas.</p> <p>b) Comportate diferente. Si quieres cambiar tu comportamiento cuando estás con otras personas, decide por anticipado cómo te gustaría comportarte con ellas.</p> <p>Después de estar con otras personas</p> <p>-Aprende de tus experiencias: Piensa acerca de los sentimientos que experimentaste mientras estuviste con ellas. ¿Con qué sentimientos te quedaste después de estar con ellas? ¿Podrías definir qué fue lo que te hizo sentir bien o mal?</p>	
Cierre de sesión	<p>Tarea.</p> <p>El termómetro de ánimo</p> <p>Practicar la asertividad en la semana. Escoge una situación sencilla en la que puedas realizar una práctica</p>	Registros conductuales
SESIÓN 12	Los beneficios de la terapia	
OBJETIVO DE LA SESIÓN 12	Medir el grado de depresión al concluir con la intervención	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
Repaso	<p>Repaso sesión anterior</p> <p>-Termómetro del ánimo</p> <p>-Ejercicio de asertividad</p> <p>- Terapeuta explica: Hasta ahora, has aprendido a pensar, comportarte y sentir de una forma más saludable. En algunos momentos de la vida, pueden suceder cosas que te sobrecargan. A veces la depresión empieza durante esos momentos. Si usas las</p>	Registros conductuales

	estrategias que has aprendido aquí, va a ser menos probable que te vuelvas a deprimir o que permanezcas deprimido por mucho tiempo.	
Retroalimentación	Generar una discusión breve de cómo se sintió con la terapia. También se evaluará como la joven se siente en términos de su depresión. Ofrezca información sobre su participación y su evolución a través del proceso terapéutico.	
Evaluación del estado actual de la depresión	-Aplicación del inventario de Beck y escala CES-D	Inventario de Beck y CES-D (Apéndice A y B)

Apéndice D

¿CÓMO ENTENDEMOS LA DEPRESIÓN?



Apéndice E

TERMÓMETRO DEL ÁNIMO

Este ejercicio se llama “Termómetro del ánimo” y lo vas a completar todas las semanas, con el objetivo de ver cómo te sientes cada día de la semana y cómo va cambiando tu estado de ánimo a lo largo de la terapia.

Instrucciones: Al final del día vas a marcar cómo te sentiste o cómo estuvo tu ánimo en general durante ese día. Por ejemplo, si fue “el peor” circularías el número 1, si fue “regular” circularías el número 5, y si fue “el mejor” circularías el número 9. El número que escojas sólo refleja cómo te sentiste. No hay respuesta correcta. Trae el ejercicio realizado la próxima sesión de terapia para discutirlo.

DÍA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El mejor estado de ánimo	9	9	9	9	9	9	9
Bastante mejor	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
Estado de ánimo Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante Peor	2	2	2	2	2	2	2
El peor estado de ánimo	1	1	1	1	1	1	1

Apéndice F

ESTILOS DE PENSAMIENTOS DAÑINOS O CONTRAPRODUCENTES

Pensamientos de todo o nada

Es cuando miras las cosas como si fueran completamente buenas o completamente malas. Por ejemplo, si cometes un error haciendo alguna cosa, piensas que todo tu trabajo fue inútil. Podrías pensar, “no voy a tratar de entrar a la pastorela porque nunca me van a seleccionar” o “todo me sale mal”

Filtro mental:

Es cuando tomas un solo evento negativo y te fijas exclusivamente en él, de tal forma que todo lo demás lo ves negativo o como si fuera a salir mal. También se refiere a cuando ves las cosas más grandes de lo realmente son. Por ejemplo, “una paciente un día comentó que había visto un pájaro muerto en la acera y que esto la hizo sentirse muy mal. Ella había caminado a través de un área preciosa, llena de árboles y flores y todo lo que vio fue el pájaro muerto. Otros ejemplos: “Una estudiante de arte recibió una crítica positiva de su pintura por parte de su maestro. Él solo le sugirió que cambiar un color en unas de las esquinas del cuadro. Por este comentario la estudiante pensó que no servía como artista”.

Descontando lo positivo:

Es cuando haces que las cosas buenas que te pasan parezcan menos importantes de lo que realmente son. Por ejemplo, podrías creer que no le caes bien a nadie, de tal forma que si alguna persona se muestra simpática o agradable contigo, piensas que algo mal debe haber con esa persona o si alguien te dice lo bien que te ves, piensas que lo dice para que no te sientas mal.

Saltando a conclusiones erróneas:

Es cuando llegas a conclusiones antes de tiempo y le ves el lado negativo a las cosas. Existen dos tipos: leyendo la mente y bolita de cristal.

Leyendo la mente: Es cuando asumes lo que la gente está pensando, sin realmente saber. Por ejemplo, ves a alguien con coraje y piensas que tiene coraje contigo. Bien podría ser que esa persona tiene otros problemas que no tienen que ver contigo. Otros ejemplos: “mi papá piensa que soy una bruta” o “porque no contesté correctamente en clase el maestro no me dejará participara más y pensará que soy una mala alumna”.

Bolita de cristal: Es cuando sientes y predices que sólo desastres o tragedias te van a ocurrir en el futuro. Por ejemplo, “me voy a ahorcar”, o “no voy a presentar el examen porque voy a reprobar”.

Tomando tus sentimientos como si fueran la única realidad:

Es cuando crees que tus pensamientos son la única versión de la realidad. Por ejemplo, “me siento tan triste, que esto comprueba que soy un desastre” o “me siento tan sola que pienso que vivir no tiene sentido”. “Siempre estoy aburrida así que debo de ser una persona aburrida para los demás”.

Pensamiento perfeccionista/Deberes:

Es cuando tratas de motivarte con deberes: es decir con lo que tú y/o las demás personas deben o tienen que hacer o decir. Aunque existen responsabilidades que necesitas realizar, es necesario tener cuidado de no exigirte cosas irreales, excesivas o inflexibles. Por ejemplo, podrías pensar “debo sacar siempre 10 en la escuela”. “Mi mamá debe prestarme atención todo el tiempo” o “mi novio debe salir conmigo siempre que yo quiera”. Cuando te dices estos deberes te sientes culpable. Cuando dices estos deberes acerca de otras personas, sientes coraje y desilusión si no hacen las cosas que tú esperas.

Etiquetándote a ti mismo/ o a otras personas:

Es cuando sólo porque cometes un error, empiezas a pensar que eres un perdedor. Por ejemplo, podrías pensar, “le grite a mi mamá, soy lo peor” o “soy tonto porque tengo bajas calificaciones” o “soy fea”. También puedes etiquetar a otras personas: “porque la maestra me regañó ella es una estúpida”, “ella es una traidora porque ahora tiene otras amigas.”

Culpándote a ti mismo/a:

Es cuando te culpas de las cosas negativas que pasan a tu alrededor y de las que no tienen ningún control. Por ejemplo, si algo malo le pasa a alguno de tus familiares o amistades, sientes como si fuera tu culpa porque no lo pudiste prevenir, o si tus padres se divorciaron piensas que fue por tu culpa porque a menudo discutía al frente tuyo.

Apéndice G

LISTA DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Haz una marca de cotejo (x) a los pensamientos negativos que tuviste cada día.

	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Estoy confundido/a							
No existe amor en el mundo							
Estoy echando a perder mi vida							
Tengo miedo							
Terminaré solo/a							
Nadie considera importante la amistad							
No tengo paciencia							
Nada vale la pena							
No tiene sentido seguir con esto							
Soy un/a tonto/a							
Cualquiera que piense que soy agradable es porque no me conoce de verdad							
La vida no tiene sentido							
Soy feo/a							
No puedo expresar mis sentimientos							
Nunca encontraré lo que realmente quiero							
No soy capaz de querer							
No valgo nada							
No voy a poder resolver mis problemas							
Todo lo que hago me sale mal							
Nunca podré cambiar							
Todo se me descompone							
Ya no me entusiasma nada							
Quisiera no haber nacido							
No voy a poder dormir							
Soy menos que otras personas							
Todo es mi culpa							
¿Por qué me pasan tantas cosas malas?							
Nada me divierte							
La vida no vale la pena							
Nunca saldré de esta prisión							
No tengo suficiente fuerza de voluntad							
Quisiera estar muerto/a							
Me pregunto si la gente habla de mí							
Las cosas se van a poner cada vez peor							
Tengo mal carácter							
La vida es injusta							
No me atrevo a imaginarme lo que será mi vida dentro de 10 años							
Algo está mal en mí							
Soy muy egoísta							
No soy tan bueno/a como otros/as							
Me siento herido/a fácilmente							
Nadie en mi familia me entiende							
Siempre estoy aburrido/a							
Soy mal educado/a							
Total de pensamientos negativos							

Apéndice H

LISTA DE PENSAMIENTOS POSITIVOS

Haz una marca de cotejo (x) a los pensamientos positivos que tuviste durante el día

	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Lo puedo hacer mejor							
El día amaneció muy bonito							
Aprenderé a ser feliz							
La vida es interesante							
Merezco que valoren mi opinión							
A pesar de que las cosas están mal ahora, mejorarán.							
Lo hice bien							
Realmente me siento muy bien							
Esto es divertido							
Escogí la mejor solución para un problema difícil.							
Soy una buena persona							
Tengo muchas esperanzas para mi futuro							
Tengo buen control de mi mismo/a							
Tengo derecho a ser feliz							
Esto es interesante							
Realmente manejé bien esta situación							
Me gusta leer							
Las personas se llevan bien conmigo							
He trabajado mucho, ahora necesito descansar							
Soy considerado/a con otras personas							
Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.							
Me gusta la gente							
Siempre encuentro la fortaleza para solucionar cualquier problema difícil							
Soy honesto/a							
Podría manejar los problemas tan bien como otras personas.							
Mis experiencias me han preparado bien para el futuro							
Tengo mucha suerte							
Soy muy responsable							
Me interesan las otras personas							
Soy inteligente							
Soy atractivo/a							
No quisiera perderme la actividad o el evento							
Soy importante para mi familia							
Total de pensamientos positivos							

Apéndice I

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

Una forma en que puedes hacer un cambio es haciendo un ejercicio de relajación. Un ejercicio de relajación te ayudará a reducir el estrés. Puede hacer sentir menos deprimida, ansiosa y afectar positivamente tu salud.

La respiración profunda es una forma en que una puede controlar las reacciones del cuerpo. ¿Qué cosas sentimos en el cuerpo cuando tenemos estrés (miedo, coraje, frustración)?

Se aceleran los latidos del corazón, los músculos se tensan, se respira más rápido.

Cuando una respira de manera tranquila y profunda, le está enviando un mensaje al cuerpo de que estás tranquila y poco a poco disminuyen los latidos del corazón, la respiración y la tensión muscular.

Vamos a hacer un ejercicio de respiración profunda y después uno de visualización o relajación muscular (o ambos). Estos ejercicios son opcionales. Recomendamos que los pruebes. Si no te sientes cómoda, simplemente cierra los ojos y escucha.

Ejercicio de Respiración Profunda

Ponte en una posición cómoda con los pies planos en el piso, sin cruzar los brazos y las piernas. Cierra los ojos. Cuando respires, trata de llenar el abdomen y no solamente el pecho. Si te pones una mano en el abdomen y sube cuando inhalas lo estás haciendo bien...respira profundo y lento....

Solamente concéntrate en tu respiración...en nada más...inhala lento... y exhala... lento... y exhala...

Asume una actitud pasiva...no te preocupes de que tanto lo estás haciendo bien...

Cuando te vengan otros pensamientos a la mente, simplemente reconócelos y regresa a tu respiración... inhala lento...y exhala...continúa respirando de forma natural...

Respuesta de relajación (Robert Benson)

- 1.- Escoge una palabra, frase, oración o actividad muscular que te inspire paz, tranquilidad y calma.
- 2.- Siéntate en una posición cómoda en un lugar libre de distracciones.
- 3.- Cierre los ojos.

4.- Relaja tus músculos, progresando de los pies a los muslos, al abdomen, a los hombros, la cabeza y el cuello. Focaliza tu atención en los músculos de tu cuerpo liberando la tensión en cada uno de ellos.

5.- Respira lento y de forma natural. Al respirar, piensa y repite tu palabra al exhalar.

6.- Asume una actitud pasiva. No te preocupes de que tan bien lo estás haciendo. Cuando te vengan otros pensamientos a la mente, simplemente reconócelos y regresa a tu repetición.

7.- Continúa por 10-20 minutos

8.- No te pares inmediatamente. Continúa sentado/a callada por un minuto dejando que otros pensamientos te vengan. Abre los ojos y quédate sentado/a otro minuto antes de pararte.

Relajación muscular progresiva

1.- Respira profundo 3 veces, exhalando lentamente. Al exhalar imagina que la tensión a través de tu cuerpo comienza a desaparecer.

2.- Cierra el puño. Aguanta por 7 segundos, suelta por 15. Siente la tensión. Suéltalo de forma abrupta... siente la tensión desaparecer. Ahora tienes una sensación de pesadez.

3.- Aprieta el ante brazo como si estuvieras enseñando tus músculos con ambos brazos. Aguanta...y suelta.

4.- Aprieta los tríceps extendiendo los brazos al frente de tu cuerpo. Aguanta...y suelta...siente la tensión disminuir y desaparecer.

5.- Tensa los músculos en la frente subiendo las cejas lo más que puedas. Aguanta ...y relájalo...Imagina los músculos tornándose suaves y relajados.

6.- Tensa los músculos alrededor de los ojos apretándolos cerrados. Aguanta...y relaja...Imagina las sensaciones de relajación profunda esparciéndose por toda esa área.

7.- Aprieta la quijada abriendo la boca bien abierta hasta que estiras esos músculos. Aguanta...y relaja. Deja que caiga tu quijada...

8.- Aprieta los músculos de la parte de atrás de tu cuello para atrás como si fueras a tocar tu espalda con tu cabeza. Focaliza sólo en tensar los músculos en tu cuello. Aguanta y relaja.

9.- Aprieta los músculos de los hombros alzándolos como si te fueras a tocar las orejas. Aguanta...y suelta.

10.- Aprieta los músculos del pecho respirando profundo. Aguanta...y suelta el aire despacio. Imagina toda la tensión en tu pecho desapareciendo cada vez que exhalas.

11.- Aprieta los músculos del abdomen como si fueras a tocar tu ombligo contra la espalda. Aguanta... y suelta. Imagina una ola de relajación atravesando tu abdomen.

12.- Aprieta los muslos hasta la rodilla. Aguanta... y relaja. Siente tus muslos estirados y completamente relajados.

13.- Aprieta los músculos de las piernas lentamente apuntando los pies hacia ti. Aguanta ...y suelta...

14.- Ahora hs el movimiento opuesto, apuntando los pies hacia al frente. Aguanta ...y suelta.

15.- Imagina que una ola de relajación baja lentamente a través de tu cuerpo...empezando en la cabeza y gradualmente penetrando cada grupo de músculos hasta los pies...eliminando cualquier tensión residual.

Apéndice J

EJERCICIO DE VISUALIZACIÓN

Se comienza con un ejercicio breve de respiración y/o relajación muscular.

Estás caminando en una playa preciosa...Se ve casi desierta y se expande hacia el horizonte...Estás descalza y puedes sentir la arena tibia en los pies mientras caminas por la orilla...Puedes oír el sonido de las olas que vienen y van... El sonido es hipnótico, rítmico...relajándote más y más. El agua es azul turquesa y la arena casi blanca...Estás mirando las olas que vienen y van, rompiendo en la orilla...

Mira la superficie del mar hasta el horizonte y sigue el horizonte fijándote en cómo se va curvando y se junta con el cielo...

Mirando a lo lejos puedes ver un velero que se mueve lentamente por el horizonte...

Todo lo que ves te ayuda a soltar y a relajarte más...

Mientras continúas caminando por la arena, puedes oler el aire fresco y el olor del mar...

Respira profundo...inhala...exhala... y te sientes más y más relajada y refrescada...Mirando al cielo puedes ver dos gaviotas que vuelan con gracia en el viento...imagina cómo te sentirías si tuvieras la libertad de volar. ...

Te encuentras entrando en un estado profundo de relajación mientras continúas caminando por la playa...

Siente la brisa fresca del mar rozando tu cara y tu pelo...Siente el calor del sol en tu cuello y hombros...La sensación de calor te relaja más y más...y estás comenzando a sentirte completamente tranquila en esta playa tan preciosa...

En un momento, más al frente, ves una silla de playa debajo de una palma...Despacio te acercas a la silla, y al llegar a ella, te sientas y te recuestas....Acostada en esta posición te relajas más, entrando en un estado más profundo de tranquilidad y relajación. Cierra los ojos y escucha el sonido de las olas, yendo y viniendo. El sonido rítmico de las olas te lleve a un estado más y más profundo de relajación, de paz y de tranquilidad.

Respira profundo 3 veces más...

Ahora, en un momento, puedes empezar a regresar...Presta atención mientras cuento del uno al cinco...Cuando llegue a cinco puedes abrir los ojos y sentirte despierta, alerta y refrescada.

Uno: gradualmente comenzando a regresar a un estado de alerta.

Dos: estás más y más despierta

Tres: comienza a mover un poco las manos y las piernas mientras te despiertas.

Cuatro: ya estás casi completamente alerta.

Cinco: abre los ojos y estás en un estado de alerta, refrescada.

Apéndice K

PROYECCIÓN AL FUTURO

¿Cómo te imaginas o visualizas en?:

- 1 año?

¿En qué lugar estarías?

¿Qué estarías haciendo?

¿Estarías sola o con otras personas?

Si es una actividad con otras personas, ¿quiénes serían?

- 5 años?

¿En qué lugar estarías?

¿Qué estarías haciendo?

¿Estarías sola o con otras personas?

Si es una actividad con otras personas, ¿quiénes serían?

- 10 años?

¿En qué lugar estarías?

¿Qué estarías haciendo?

¿Estarías sola o con otras personas?

Si es una actividad con otras personas , ¿quiénes serían?

Apéndice L

HABLÁNDOLE A TUS PENSAMIENTOS

<p>A) Evento Detonador ¿Qué sucedió?</p>	<p>B) Creencia de lo que sucedió. Lo que te dijiste a cerca de lo que sucedió y lo que influyó tu reacción.</p>
<p>C) Consecuencia ¿Cómo reaccionaste?</p>	<p>D) Discutir o debatir la creencia. Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable.</p>

Apéndice M

LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

Pon una marca (x) a las actividades agradables que realizaste cada día. Si hay alguna actividad que encuentres agradable y no aparece en la lista, añádela.

	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Ponerme ropa que me gusta							
Estar fuera de casa (campo, playa, etc.)							
Ayudar a grupos que respeto (comunidad, iglesia, etc.)							
Ir al teatro, concierto, bailar							
Planificar viajes o vacaciones							
Comprar cosas							
Hacer artesanías/manualidades							
Asistir a la iglesia							
Arreglar mi cuarto y mi casa							
Leer libros revistas o periódicos							
Conversar							
Usar la bicicleta, patines							
Ver televisión							
Jugar juegos de mesa							
Terminar una tarea de mesa							
Armar rompecabezas							
Solucionar un crucigramas							
Darme un baño caliente							
Escribir historias, poesía, música, en un diario							
Viajar							
Cantar							
Tocar un instrumento musical							
Maquillarme, arreglarme el pelo							
Conocer gente nueva							
Hacer trabajo al aire libre							
Tomar el sol							
Contemplar la naturaleza							
Escuchar radio, música							
Dar regalos							
Tomar fotografías							
Escuchar chistes							
Comer rico							
Ir al gimnasio							
Aprender algo nuevo							
Estar con mis familiares							
Hablar por teléfono							
Soñar despierta							

Apéndice N

PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7:00-8:00							
8:00-9:00							
10:00-11							
11:00-12							
12:00-13							
13:00-14							
14:00-15							
15:00-16							
16:00-17							
17:00-18							
18:00-19							
19:00-20							
20:00-21							
21:00-22							
22:00-23							

Apéndice Ñ

¿CUÁNTO CREES QUE DISFRUTARÁS DE TUS ACTIVIDADES AGRADABLES?

Actividades (escoge de 3 a 6 actividades)	Predicción ¿Cuánto crees que disfrutarás? (de 0 a 100%)	Resultado ¿Cuánto disfrutaste?	Comentarios

Apéndice O

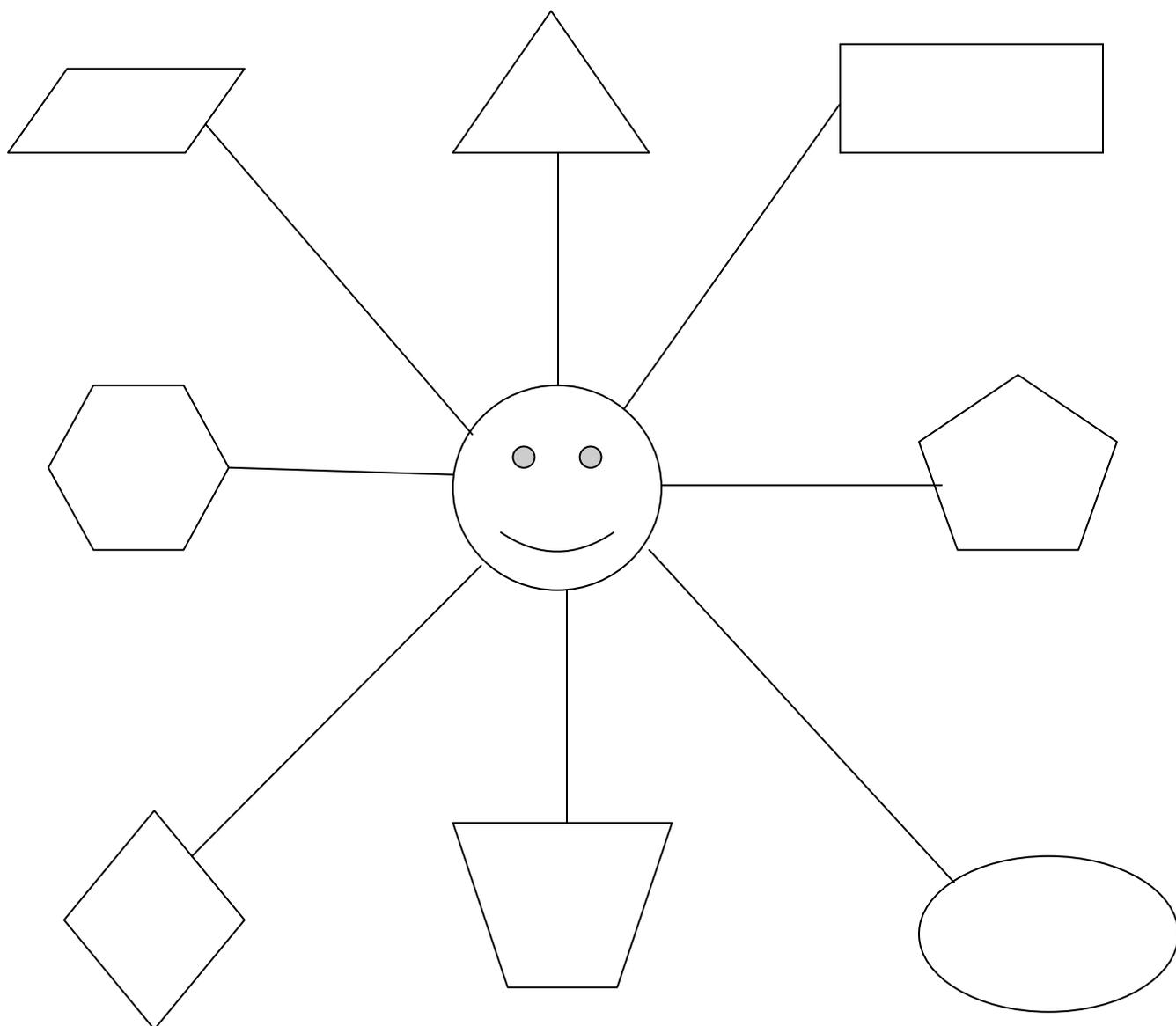
METAS INDIVIDUALES

<p>METAS A CORTO PLAZO (Cosas que te gustaría hacer dentro de los próximos 6 meses)</p>
<p>METAS A LARGO PLAZO (Cosas que te gustaría hacer en alguna ocasión en tu vida)</p>
<p>METAS DE LA VIDA (¿Qué es lo más que te importa en la vida?)</p>

Apéndice P

MI RED DE APOYO SOCIAL

Debes escribir tu nombre en el círculo del centro y en cada figura geométrica escribir el nombre de alguna persona que forme parte de su red. En la discusión de este ejercicio se evaluará su red de apoyo, particularmente si necesita ser ampliada o fortalecida.



Apéndice Q

PROGRAMA SEMANAL DE CONTACTOS

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7:00-8:00							
8:00-9:00							
9:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-13:00							
13:00-14:00							
14:00-15:00							
15:00-16:00							
16:00-17:00							
17:00-18:00							
18:00-19:00							
19:00-20:00							
20:00-21:00							
21:00-22:00							
22:00-23:00							

Apéndice R

BITÁCORA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

MÓDULO 1	PENSAMIENTOS (Cómo tus pensamientos afectan tu estado de ánimo)
OBJETIVO MÓDULO 1	Identificar pensamientos saludables y dañinos
SESIÓN 1	Intervención cognitivo-conductual
OBJETIVO DE LA SESIÓN 1	Presentar la terapia cognitivo-conductual
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LO SUCEDIDO
Presentación del paciente- terapia-terapeuta	<p>-La paciente llegó puntual a la sesión. Al preguntarle cómo estaba contestó que un poco nerviosa y temerosa porque nunca había tomado terapia, sin embargo sentía confianza y quería hacerlo.</p> <p>-Al hacerle la pregunta ¿Qué te gustaría cambiar o mejorar en tu vida?</p> <p>La paciente contestó que su estado de ánimo, ya no quería sentirse triste y deprimida, sabía que ese era el problema de su bajo rendimiento académico y de su no sentirse completa y feliz, pero que no sabía cómo hacer el cambio.</p> <p>-La terapeuta comenta que para eso empezarán a trabajar y presenta los objetivos de la sesión.</p> <p>-La terapeuta explicó cómo funciona la Terapia Cognitivo-Conductual, a lo que la paciente escucha muy atenta y al final expresa entender porque se siente peor cuando piensa ciertas cosas.</p>
¿Qué es la depresión, qué significa estar deprimido/a?	<p>-La Terapeuta hace la pregunta ¿qué significa para ti estar deprimida?, la paciente tuvo oportunidad de compartir su experiencia, pues explicó cómo se sentía en su vida diaria: (decaída, sola, cansada, sin ganas de hacer nada, etc.), a lo que la terapeuta explicó los síntomas clínicos de la depresión. La paciente quedó más clara sobre lo que le pasaba, a lo que comentó: “entonces, es claro que necesito ayuda, a veces siento que yo sola no puedo pero, cómo le hago para no pensar cosas que me hacen sentir mal”.</p> <p>-La terapeuta comentó, es lo que estamos haciendo comprender primero que piensas y haces para sentirte como te sientes, vamos a continuar.</p> <p>-La terapeuta pide a la paciente respire profundo tres veces antes de continuar, pues la nota un poco alterada.</p>
Introducción de cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo	<p>-La terapeuta a través de preguntas y sus respuestas explicó nuevamente como se entiende la depresión.</p> <p>¿Qué tipos de pensamientos te pasan por la mente cuando te sientes deprimida o triste?</p> <p>“Todo estaba bien cuando mi papá vivía, yo estaba tranquila”, “quisiera saber porqué lo mataron, quien fue, por qué así”.</p> <p>-La paciente empieza a llorar. La terapeuta espera un momento y cuando la paciente está más tranquila, prosigue.</p> <p>¿Qué es lo que haces entonces?</p> <p>“Nada, me quedé pensando sin hacer nada o para no pensar, me duermo; y cuando me despierto me siento mal porque no hice mis tareas, no estudie; y llego a la escuela y no me dan ganas de hablarle a nadie, tal vez porque no quiero que me pregunten que tengo y me deprimó más porque me siento sola; ay es un cuento de nunca acabar”</p> <p>-Terapeuta: ¡Exacto! Es un círculo vicioso. ¿Qué es lo que piensas, entonces, causa la depresión?</p> <p>-Pues, lo que pienso ¿no? y supongo lo que hago porque eso provoca más, como me lo explicaba hace ratito con el dibujo y ahorita que me preguntaba.</p> <p>-La terapeuta opina: “un pensamiento puede tener un efecto sobre el cuerpo, las acciones y el estado de ánimo”.</p>
Cierre de sesión y discusión del proyecto personal.	<p>-Terapeuta: ¿tienes alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy?</p> <p>Paciente: No, solo me quedé pensando en esto que hago.</p> <p>-Terapeuta: ¿Y lo que estás pensando, ahora, cómo te hace sentir?</p> <p>Paciente: mejor, ahora entiendo, eso quiere decir, ¿qué puedo hacer algo?</p> <p>-Terapeuta: ¡Claro!, por eso vas a realizar una tarea todos los días antes de la próxima sesión para que practiques lo que estuvimos viendo.</p> <p>-La terapeuta explica la tarea. Y pregunta: antes que nos vayamos ¿me podrías decir de qué te das cuenta?</p> <p>-Pues lo que pienso puede ocasionar que me sienta así, triste, sin ganas, deprimida.</p> <p>-¿Y cómo te sientes ahora de saber esto?</p> <p>-Un poquito mejor, trataré de hacer la tarea, no quiero prometer mucho, porque de verdad cuando me siento así es muy fuerte, pero lo voy a intentar, ahora entiendo más porque me siento así.</p>
PENSAMIENTOS IDENTIFICADOS DURANTE LA SESIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1.- “A veces siento que yo sola no puedo” 2.- “Necesito cambiar mi estado de ánimo, ya no quiero sentirme triste y deprimida; sé que esto es el problema de que vaya mal en la escuela, pero no sé como cambiar eso”. 3.- “ahora entiendo porque me siento peor” 4.- “Entonces es claro que necesito ayuda, a veces siento que yo sola no puedo, pero como le hago para no pensar cosas que me hacen sentir mal”.

	5.- “Todo estaba bien cuando mi papá vivía, yo estaba tranquila” 6.- “Quisiera saber porqué lo mataron, quién fue, por qué así”.
SESIÓN 2	Los pensamientos y estado de ánimo
OBJETIVO DE LA SESIÓN 2	Identificar pensamientos saludables y dañinos así como su relación con el estado de ánimo
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Repaso	<p>La paciente llegó puntal a la cita, a lo que la terapeuta preguntó: ¿Cómo estás hoy? P: bien, gracias T: ¿Cómo está tu estado de ánimo hoy? P: Regular T: De una escala del 1 al 10, donde 10 es el nivel de mejor estado de ánimo qué me das P: un 4.</p> <p>-La terapeuta promovió un breve resumen de la sesión anterior. T: ¿Recuerdas lo que vimos la sesión pasada? P: Sí, como lo que pensamos influye en lo que hacemos y sentimos. T: ¿Podrías decirlo en primera persona?, por ejemplo “lo que yo pienso P: Lo que pienso influye en lo que hago y siento, o sea cuando me pongo triste. T: Muy bien, ¿pudiste llenar tu termómetro del ánimo en estos días? P: Sí T: ¿Cómo te sentiste? ¿Tuviste alguna sorpresa? P: Fíjese que ayer, estaba en mi casa y de repente empecé, otra vez a pensar “si mi papá estuviera aquí” y me puse triste; de repente, me imaginé el diagrama que me mostró la vez pasada, sobre los pensamientos, acciones y sentimientos y me dije ¿qué estoy pensando y qué estoy haciendo con esto?, entonces, sí note como que me estaba sintiendo otra vez sin ganas y estaba acostada, entonces me pare y me dije “si estoy pensando esto nada más me voy a poner triste y no me va a dar tiempo de hacer mis tareas” entonces me paré de la cama y..... T: Entonces, ¿cómo te sentiste? P: Más tranquila, pero sabe..... lo que me hacía sentir más tranquila era el nuevo pensamiento, entonces me dije “Ay Jazmín, no es necesario que te vayas al extremo, sólo estar contigo misma y escucharte” T: Muy bien Jazmín, lo que hiciste fue un cambio de pensamiento de uno negativo a uno más positivo y eso fue lo que te hizo sentir mejor. -Tanto la terapeuta como la paciente procedieron a revisar el termómetro de ánimo. El termómetro de ánimo marcaba que el nivel del estado de ánimo en días pasados fue entre 5 y 6 (entre regular y mejor que regular) de una escala de 1 a 9; donde 9 es “el mejor” y 1 es “el peor”. -La terapeuta pregunta</p>
¿Qué son los pensamientos y cómo afectan tu estado de ánimo?	<p>- La terapeuta hace la pregunta en forma abierta para facilitar la discusión: T: ¿Qué son los pensamientos? P: ¿Son ideas, que te llegan a la mente, de repente? T: Exactamente, son ideas que nos decimos a nosotros mismos todo el tiempo, pero no nos damos cuenta. Es muy bueno pensar sobre los pensamientos como ideas que tienen un efecto real sobre nuestra mente, cuerpo y emociones. Así como me comentabas hace rato, ¿recuerdas? P: Sí, cuando pensé sobre la muerte de mi papá, me di cuenta, cómo eso que estaba pensando, afectaba mi manera como me sentía, incluso cansada ¿no? T: Y entonces qué hiciste P: Cambié el pensamiento y me sentí más tranquila.</p>
Pensamientos comunes de las personas deprimidas y las no deprimidas	<p>-Terapeuta: Pregunta: ¿Cómo suelen pensar las personas que tienen tristeza profunda?, por ejemplo tú me comentabas en la sesión anterior que a veces sientes una tristeza profunda, cuando la sientes ¿cuáles son tus pensamientos? P: “Desde la muerte de papá mamá me presiona y me pide de más”, “en mi comunidad yo soy la única que ayudo a mi mamá”, “no tengo libertad como cuando vivía papá”, “mis hermanos quieren que yo cuide a mamá porque soy la mujer”, “yo tengo la culpa de lo está pasando”, “por qué murió papá y de esa manera”, “por qué pasa esto”, “por qué me siento así”, “qué me pasa”. Estar buscando el por qué a todo, me pone triste, ida, ausente y el por qué se queda ahí y no puedo pensar en otra cosa. El no saber qué está pasando me invade. T: Entonces las personas que sienten tristeza profunda sienten diferentes tipos de pensamientos: inflexibles, enjuiciadores, destructivos e innecesarios, vamos a ver ejemplos. -La Terapeuta ilustra las diferencias entre los pensamientos que tienen las personas con tristeza profunda versus las que no la tienen; y como se puede utilizar el contraste. Es importante mencionar que se utilizaron ejemplos reales que ha dado la paciente, encontrando ella misma la sana solución a cada pensamiento. a) Negativos (los que siempre te hacen sentir mal): “si papá viviera, estaría tranquila”. Positivo “si papá viviera, me echaría porras para mi escuela”. b) Inflexibles (pensamientos rígidos que no cambian): “En mi pueblo, yo soy la única que ayuda a mi mamá” Flexibles: “Los fines de semana yo soy la que ayuda a mamá porque entre semana lo hacen mis hermanos”. c) Enjuiciadores (pensamientos negativos acerca de uno mismo): “yo tengo la culpa de lo que está pasando” Sin juicio: “voy a analizar si realmente es mi culpa” (intervención de la terapeuta) “voy a analizar si realmente es mi responsabilidad, si es así la asumiré sino la soltaré”. d) Destructivos (nos hacen daño): “No tengo libertad”. No destructivos: “Mamá me permitirá hacer cosas que me gustan si me esfuerzo más en la escuela”. e) Innecesarios (no cambian nada y no nos hacen sentir bien): “¿Por qué papá murió y de esta manera?”, “¿por qué pasa esto?”, ¿por qué me siento así?</p>

	Necesarios: “Necesito ayuda para poder superar cómo me siento a veces, o sea triste o deprimida”.
Aprendiendo a identificar diferentes estilos de pensamientos	-Terapeuta y paciente leyeron y discutieron cada tipo de pensamiento en la hoja “ Estilos de Pensamiento Dañinos y Contraproducentes ”. La paciente comprendió cada uno de los estilos de pensamiento y los relacionó con los que ella tiene en su vida cotidiana.
Cierre de sesión (Tarea para casa)	La terapeuta le dio indicaciones a la paciente sobre la tarea para casa. -El Termómetro del Ánimo. -Registro de sus pensamientos, llenando la Lista de Pensamientos Positivos y Negativos . Sumará el número total de pensamientos positivos y el número total de pensamientos negativos. Observará la relación que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y su estado de ánimo. -Se le pidió también a la joven intentar identificar cada uno de los pensamientos de acuerdo a las distintas clasificaciones que se discutieron en la sesión (Estilos de Pensamientos Dañinos o contraproducentes); y tratar de cambiar los mismos a pensamientos más positivos o flexibles.
PENSAMIENTOS IDENTIFICADOS DURANTE LA SESIÓN	Pensamientos negativos: “Desde la muerte de papá mamá me presiona y me pide de más”, “en mi comunidad yo soy la única que ayudo a mi mamá”, “no tengo libertad como cuando vivía papá”, “mis hermanos quieren que yo cuide a mamá porque soy la mujer”, “yo tengo la culpa de lo está pasando”, “por qué murió papá y de esa manera”, “por qué pasa esto”, “por qué me siento así”, “qué me pasa” Pensamientos positivos: “¿qué estoy pensando y qué estoy haciendo con esto?”, “si estoy pensando esto nada más me voy a poner triste y no me va a dar tiempo de hacer mis tareas”, “si papá viviera, me echaría porras para mi escuela”, “los fines de semana yo soy la que ayuda a mamá porque entre semana lo hacen mis hermanos”, “voy a analizar si realmente es mi responsabilidad”, “mamá me permitirá hacer cosas que me gustan si me esfuerzo más en la escuela”, “necesito ayuda para poder superar cómo me siento a veces, o sea triste o deprimida”.
SESIÓN 3	Menos pensamientos negativos y mejor estado de ánimo
OBJETIVO DE LA SESIÓN 3	Aprender a identificar y controlar los pensamientos negativos y/o dañinos.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Repaso	La paciente llega unos minutos retrasada pero se ve dispuesta para la terapia. T: ¿Cómo estás el día de hoy? P: Un poco apurada, tenía muchas cosas que hacer, por poco y no vengo, pero si llegué. T: ¿Qué te hizo pensar no venir? P: Tuve mucha tarea y asesorías, de hecho vengo de una. T: Te ves animada P: Muy animada no pero si me he sentido con ganas de salir con mis materias, todavía me canso y desanimado por ratos, pero ahí voy. T: Hoy se cumple una semana de haber iniciado las terapias, de estos 7 días, cuántos te has sentido deprimida. P: Pues, creo que, tal vez 3 con más intensidad. T: Qué nivel de intensidad del 1 al 10, donde el 10 es el mejor estado de ánimo. P: Creo que 5, todavía no me siento super bien, ni super mal. Terapeuta y paciente recordaron lo visto la semana pasada y revisaron el resultado de la tarea. El termómetro de ánimo mostró que todos los días, después de la última sesión hasta hoy, el nivel del estado de ánimo es de 6 (mejor que regular) y de la lista de pensamientos tanto positivos como negativos, estos fueron los resultados. Pensamientos negativos: “tengo miedo”, “no tiene sentido seguir con esto” “algo está mal en mí” “nadie en mi familia me entiende” Pensamientos positivos: “soy buena persona”, “soy inteligente”, “puedo ir mejor en la escuela”, “quiero aprender a estar contenta más tiempo”, “soy inteligente”, “si papá estuviera vivo, estaría contento conmigo”, “mamá a veces se porta así conmigo porque también está triste”.
Pensamientos que producen un mejor estado de ánimo	-La terapeuta y la paciente revisaron algunas estrategias que promueven el aumento de pensamientos positivos que ayudan a mejorar el estado de ánimo y se pusieron en práctica. a) Detén todo lo que estás haciendo: se realizó un ejercicio de relajación. b) Aumenta en tu mente el número de pensamientos buenos: La paciente realizó una lista de pensamientos buenos sobre ella misma y de la vida en general c) Felicítate mentalmente. La paciente recordó que cuando iba en la secundaria, esta estrategia la usaba con sus amigos, pues hacían competencias para ver quien salía mejor en las calificaciones, quien lo lograba recibía algo del grupo, por ejemplo un café, una paleta, lo que fuera. A ella le gustaba competir con su mejor amiga y si su amiga no le daba nada, ella se compraba una playera, un chocolate o algo. La paciente reporta que se sentía bien, incluso su postura corporal se puso más derecha cuando hacía el relato y logro sonreír en algunas ocasiones. La terapeuta le pregunta: ¿Te das cuenta cómo te sientes ahora?, P: sí contenta, por el recuerdo. T: Aquí tenemos dos cosas, te das cuenta que el que alguien te reconozca es agradable, si alguna de las personas cercanas a ti no lo hacen, tú puedes hacerlo y sentirte también contenta; lo segundo es recordar algo agradable te ayuda a sentirte mejor ¿cierto? P: sí es una estrategia de cambio de pensamiento como lo estamos viendo. T: Claro d) Proyección al futuro. Se le pidió a la joven que se imaginara su futuro en 1, 5 y 10 años. Lo que se logró en este ejercicio es que la paciente se diera cuenta que tiene ilusiones, sueños que cumplir, además se noto también alegría cuando describía su futuro, incluso dijo que quería ser mamá en diez años y veía a su niño de tres años con ella.

Disminución de pensamientos que te hacen sentir mal	-La terapeuta y la paciente discutieron algunas estrategias para disminuir los pensamientos que le hacen sentir mal. Las técnicas que se revisaron fueron las siguientes: a) Interrumpe tus pensamientos b) Solo utiliza un tiempo necesario para preocuparte c) Ríete de los problemas exagerándolos d) Considera lo peor que puede pasar. Se discutió qué técnicas de las anteriores, podría utilizar en situaciones reales de la vida de la paciente.
Cierre de sesión	Tarea para casa: Se le pidió a la paciente hacer lo siguiente: -Continuar llenado el Termómetro de Ánimo -Continuar trabajando en tus pensamientos. Llenar la Lista de Pensamientos Negativos y Positivos cada día -Practicar algunas de las técnicas discutidas para aumentar los pensamientos positivos y disminuir los negativos.
PENSAMIENTOS IDENTIFICADOS DURANTE LA SESIÓN	Pensamientos negativos: “tengo miedo”, “no tiene sentido seguir con esto” “algo está mal en mí” “nadie en mi familia me entiende” Pensamientos positivos: “soy buena persona”, “soy inteligente”, “puedo ir mejor en la escuela”, “quiero aprender a estar contenta más tiempo”, “soy inteligente”, “si papá estuviera vivo, estaría contento conmigo”, “mamá a veces se porta así conmigo porque también está triste”.
SESIÓN 4	Pensamientos saludables para tener una mejor vida.
OBJETIVO DE LA SESIÓN 4	Aumentar los pensamientos positivos o saludables para tener una vida emocionalmente sana.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Repaso	-Se repasan los conceptos discutidos en la sesión 3 La paciente llega temprano a la sesión T: ¡Hola Jazmín! ¿Cómo estás el día de hoy? P: Mejor, ya pensé mejor las cosas y ya me siento más tranquila y animada, entonces de una escala de 1 al 10, donde 10 es el mejor estado de ánimo, ¿Cuál escoges? T: 6 T: ¡Qué bueno! ¿Podemos revisar tu termómetro de ánimo? -El termómetro de ánimo mostró que dos de los días, después de la última sesión hasta hoy, el nivel del estado de ánimo es de 6 (mejor que regular), un día fue de 4 (peor que regular) y dos días de 7 (mejor). T: ¿Te das cuenta qué pasó? P: Sí, dos días estuve igual que la semana pasada, un día me sentí mal y dos me sentí mejor. T: Bravo, Jazmín. De verdad reconozco tu trabajo hasta el día de hoy, eso quiere decir que sí quieres hacer las cosas diferentes. Ahora el que te hayas sentido un día más triste que otros, no significa que lo estés haciendo mal, esto es totalmente normal y lo importante es que pudiste con esto. ¿Cómo fue que lograste el avance de dos puntos en los dos últimos días? P: Me ayudó mucho venirla a ver cuando me sentí, de pronto muy mal; desahogarme con usted fue mejor que irme a mi cuarto a llorar sola. T: ¿Y te das cuenta que hicimos en esa sesión? P: A parte que me escuchó, pues, recordamos un poquito como manejar los pensamientos ¿no?; sí lo que ha habíamos visto, pero a mí se me cuatrapeo todo otra vez. T: Bueno, lo importante es que lo hiciste tan bien que tu estado de ánimo fue mejor durante dos días; y ese es tu logro. ¿Has pensado en cómo reconocerte?, como hacías cuando estudiabas en la secundaria ¿recuerdas? P: Sí, de hecho eso estaba pensando, a lo mejor comprarme una bolsita de jicama con chile y limón, aquí afuera. T: Me parece bien, cuando los comas disfrútalos pensando en este logro tuyo. De la lista de pensamientos tanto positivos como negativos, estos fueron los resultados. Pensamientos negativos: “estoy confundida”, “soy una tonta” “no voy a poder resolver mis problemas” “nadie en mi familia me entiende” “papá no me regañaría así, como lo hace mi mamá” “ Pensamientos positivos: “soy buena persona”, “puedo ir mejor en la escuela”, “quiero aprender a estar contenta más tiempo”, “lo puedo hacer mejor”, “merezco que mi familia valoren mi opinión”, “lo hice bien”, “tengo esperanza que las cosas mejoren”, “me gusta ir a terapia con la mtra. Margarita”, “soy importante para mi familia”.
Hablándole a tus pensamientos	-La terapeuta mostró a la paciente el método (A-B-C-D) para aumentar pensamientos positivos. Para explicar el método se utilizó una frase real dicha por la paciente. T: Cuando te sientas deprimida, pregúntate a ti misma lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando o hiriendo. a) Es el evento, es decir, lo que sucedió. Ejemplo: “saqué calificaciones bajas en el segundo parcial, mi mamá se enteró y me regañó muy fuerte, me dijo cosas hirientes” b) Es la creencia o el pensamiento que estás teniendo, es decir, lo que te dices a ti misma acerca de lo que está pasando. Ejemplo: “soy una tonta”, “nunca voy a poder resolver mis problemas en la escuela”, “papá no me regañaría así como lo hace mi mamá” c) Es la consecuencia de tu pensamiento; es decir, el sentimiento que tienes como resultado de tus pensamientos. Ejemplo: “Me sentí frustrada”, “me sentí enojada con mi mamá”, “extrañé el apoyo de mi papá y me sentí sola”

	<p>d) Es la forma en que discutes, debates o le hablas a tu pensamiento. Esto implica que se reten los pensamientos negativos y se generen pensamientos alternos.</p> <p>Ejemplo: “faltan dos parciales más, me puedo recuperar”, “necesito tomar asesorías, puedo buscar a maestros disponibles para eso”, “en las tardes puedo estudiar más y dormir menos” “mi mamá me regañó porque quiere que yo aproveche lo más que se pueda porque me quiere, y más ahora que papá no está, ella quiere que yo esté más preparada para lo que venga”.</p>
Hablándole a tus pensamientos (ejercicios de práctica)	-La terapeuta y paciente practicaron con más ejemplos reales el método antes explicado con la hoja de trabajo.
Pensamientos que pueden contribuir a que te sientas deprimido.	<p>-Se generó una discusión para cambiar o modificar pensamientos negativos a unos más positivos y flexibles. Se empezó el ejercicio con pensamientos que tienen las personas usualmente con tristeza profunda, posteriormente la paciente dio ejemplos de pensamientos que ella generalmente tiene, seguidos de pensamientos positivos y flexibles.</p> <p>P: “Nunca podré ser feliz”.</p> <p>“Ahora me siento infeliz, pero sé que las cosas pueden mejorar”.</p> <p>P: “Estoy confundida”</p> <p>“Necesito que mi mamá me escuché cómo lo hacía mi papá”</p> <p>“El que mi mamá no me escuché de la misma forma como lo hacía mi papá, eso no significa que también pueda hacerlo, si se lo pido.”.</p>
Repaso del módulo	<p>T: ¿Qué aprendiste del módulo?</p> <p>P: Me gustó mucho saber que cuando pienso algo, ese pensamiento va delimitar lo que siento, por eso es tan importante estar pendiente de lo que pienso para así poder manejar mis emociones y sentimientos, pero eso no es nada fácil, necesito práctica. También saber que si un día fallo, pues eso no significa que al otro día no podré, al contrario, puedo tal vez más.</p> <p>T: Muy bien, ¡qué bueno que te des cuenta!, ese es el primer paso.</p> <p>La terapeuta explicó la tarea a realizar en los días siguientes:</p> <p>-El Termómetro del Ánimo</p> <p>-Continuar la Lista de Pensamientos Negativos y Positivos cada día.</p> <p>-Usa el método A-B-C-D para hablarle a tus pensamientos.</p>
PENSAMIENTOS IDENTIFICADOS DURANTE LA SESIÓN	<p>Pensamientos negativos: “estoy confundida”, “soy una tonta” “no voy a poder resolver mis problemas” “nadie en mi familia me entiende” “papá no me regañaría así, como lo hace mi mamá” “</p> <p>Pensamientos positivos: “soy buena persona”, “puedo ir mejor en la escuela”, “quiero aprender a estar contenta más tiempo”, “lo puedo hacer mejor”, “merezco que mi familia valoren mi opinión”, “lo hice bien”, “tengo esperanza que las cosas mejoren”, “me gusta ir a terapia con la mtra. Margarita”, “soy importante para mi familia”.</p>

MÓDULO 2	LAS ACTIVIDADES ¿Cómo tus actividades afectan tu estado de ánimo?
OBJETIVO MÓDULO 2	IDENTIFICAR Y AUMENTAR ACTIVIDADES Y METAS AGRADABLES PARA SUPERAR LA DEPRESIÓN
SESIÓN 5	Las actividades y el estado de ánimo
OBJETIVO DE LA SESIÓN 5	Darse cuenta de cómo lo que se hace influye en la forma cómo se siente.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LO SUCEDIDO
Repaso	<p>Revisión de los conceptos discutidos en la sesión.</p> <p>-La sesión empezó a la hora establecida.</p> <p>T: Hola Jazmín ¿Cómo te sientes?</p> <p>P: Mejor que otros días.</p> <p>T: Me da gusto saberlo, entonces de una escala del 1 al 10, donde 10 es mejor estado de ánimo ¿qué me das?</p> <p>P: pues... entre 6 y 7, para ser honesta creo que me quedo con el 6.</p> <p>T: Excelente Jazmín. Recuerdas ¿cuál fue tu respuesta a esta pregunta la primera vez que te la hice?</p> <p>P: Sí, creo que fue entre 4 y 3.</p> <p>T: Y la última sesión fue de...</p> <p>P: 6</p> <p>T: Ahora, de los 7 días de la última semana ¿cuántos te has sentido más triste?</p> <p>P: creo que 2 días</p> <p>T: ¿Esto qué significa para ti Jazmín?</p> <p>P: Pues, de verdad que me siento mejor, aunque le diré que de repente me cuesta trabajo hacer los ejercicios, esto pasó en los días que me sentía chipi (triste), pero como sé que venir y hacer los ejercicios me hacen sentir mejor, aunque esté ya acostada me levanto a llenar los registros que me dio y a reflexionar.</p> <p>T: Es importante que te des cuenta de tu gran esfuerzo, Jazmín, en estas dos semanas has bajado dos puntos del nivel de tristeza y los días en que la sientes son menos ¡Felicidades!</p> <p>P: Sí</p> <p>T: ¿Pasamos a revisar tu tarea?</p> <p>- El termómetro de ánimo marcó que el nivel del estado de ánimo en días antes de la sesión fue de 7 (mejor) de una escala de 1 a 9; donde 9 es “el mejor” y 1 es “el peor”.</p>

	<p>De la lista de pensamientos tanto positivos como negativos, estos fueron los resultados. Pensamientos negativos: “tengo miedo”, “no voy a poder dormir” “tengo mal carácter” Pensamientos positivos: “sí, tengo miedo a reprobar pero le estoy echando más ganas con la asesorías” “Sé que el pensar en mi papá no me deja dormir, pero sé que me diría que tratara de descansar”, “es verdad que la actitud de mi mamá no me gusta y me irrita pero eso no significa que todo el día esté así, a causa de esa molestia”.</p> <p>-Se revisaron los ejercicios sobre el método “hablándole a tus pensamientos”, cuyos resultados están descritos arriba y se le informó a la paciente que a partir de esta sesión se trabajará en la forma cómo las actividades diarias afectan cómo nos sentimos.</p>
Menos actividades agradables más depresión	<p>T: Hizo las siguientes preguntas de forma abierta. T: ¿Dejas de hacer cosas porque te sientes triste? P: Sí, cuando me siento triste no me dan ganas de hacer nada, es más me da sueño y eso hago duermo, bueno ya lo hago menos. T: ¿y qué sucede después de darte cuenta que no hiciste nada? P: Muy mal, tengo sentimientos de culpa por no hacer lo que tenía que hacer, por ejemplo mis tareas o estudiar. T: ¿Qué significa muy mal? P: pues culpable, decaída, frustrada, tal vez. T: Entonces es un círculo vicioso: “Mientras menos cosas agradables haces, más deprimida te sientes.” “Mientras más deprimida te sientes, menos cosas agradables haces.” T: Para romper el círculo vicioso, puedes aumentar las actividades que te hacen sentir mejor, es decir, actividades agradables. ¿Cuáles son para ti actividades agradables? P: Pues, antes de que muriera mi papá, me gustaba acompañarlo a sus asuntos y comer con él fuera de la casa, también salir con mis amigos, caminar en el pueblo con ellos, ir a bailar. Aquí en Oaxaca, pues ir al cine, a tomar un café, ir al antro también con mis amigos, pasarla bien, ¡ah sí! también me gustaba mucho leer, mi papá tiene muchos libros, él leía mucho. Ahora estoy tratando de leer una novela que era de él, de hecho traigo el libro en mi mochila. T: ¿Traerlo contigo te produce tristeza? P: Sí, bueno, antes era más, nada más lo veía y me ponía a llorar; ahora es menos la tristeza.</p>
Obstáculos para hacer actividades agradables	<p>T: Fomentó la discusión a través de la siguiente pregunta: ¿Qué obstáculos o cosas te impiden hacer actividades agradables? P: Pues, cuando estoy triste o deprimida. T: Tu estado de ánimo ¿verdad? Y ¿qué has aprendido produce el estado de ánimo? P: Pues..... ¡ah! ¡sí! Los pensamientos. T: Los pensamientos..... P: Bueno, mis pensamientos. T: ¡Claro!, ¿Qué pensamientos te ayudan a disfrutar de una actividad? P: “tengo derecho a estar contenta”, “todo va estar mejor”, “tengo amigos” T: ¿Qué pensamientos te hacen difícil disfrutar de una actividad? P: Pensar en la forma en que murió papa, también pensar que nunca me voy a llevar tan bien con mamá como me llevaba con papá. T: ¿Alguna vez disfrutarse una actividades que pensaste que no ibas a disfrutar? P: Sí, varias veces, por ejemplo, ayer un compañero me invitó a comer a zachila, yo no quería ir, pero al final me ganó la voluntad y pues fuimos; la verdad la pasé muy bien. T: Muy bien Jazmín. Ahora ¿te parece cerrar la sesión? P: Sí.</p>
Cierre de sesión	<p>T: ¿Cómo te sientes? P: Me siento tranquila. T: Recuerda seguir trabajando con tu termómetro de ánimo y con tu lista de actividades agradables y no la olvides para la próxima sesión.</p>
PENSAMIENTOS IDENTIFICADOS DURANTE LA SESIÓN	<p>Pensamientos negativos: “tengo miedo”, “no voy a poder dormir” “tengo mal carácter” Pensamientos positivos: “sí, tengo miedo a reprobar pero le estoy echando más ganas con la asesorías” “Sé que el pensar en mi papá no me deja dormir, pero sé que me diría que tratara de descansar”, “es verdad que la actitud de mi mamá no me gusta y me irrita pero eso no significa que todo el día esté así, a causa de esa molestia”.</p>
SESIÓN 6	Actividades Agradables y Relajación
OBJETIVO DE LA SESIÓN 6	Formular un plan para realizar más actividades saludables y aprender a relajarse.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Repaso	<p>Repaso de la sesión 5 T: ¡Hola Jazmín!, qué me cuentas ¿cómo has estado? P: bien T: ¿Qué es bien? P: Bueno, cómo usted me pregunta siempre, del 1 al 10, pues siento que, ahora sí es 7, o sea un poquito mejor, así es verdad? más arriba es si estoy más triste. T: Así es Jazmín y ¿cómo hiciste para estar mejor como tú dices? P: Esta parte de cambio de pensamientos me ha ayudado mucho, a uno negativo hago uno positivo.</p>

	<p>T: ¿Me puedes dar un ejemplo?</p> <p>P: Sí, varias veces he dicho que no me llevo bien con mi mamá desde siempre y ahora que mi papá se murió que era con el que más me llevaba pues me recuerda más el hecho de no llevarme bien con mi mamá. Ayer que me venía para Oaxaca, vi a mi mamá sentada en el sillón y la vi muy triste, estaba pensando; sé que estaba pensando en mi papá y pensé lo difícil que también ha sido para ella. En lugar de pensar o sentir que la muerte de mi papá nos separa pues a lo mejor es una oportunidad de acercarnos.</p> <p>T: ¿Y cómo te sentiste al pensar de esta manera?</p> <p>P: Me sentí como que me cayó un veinte, no sé sentí ganas de acercarme y abrazarla y decirle que la entendía, no sé tal vez abrimme a ella y decirle que la muerte de mi papá me ha dolido en el alma y que ha dejado un vacío pero que este distanciamiento entre ella y yo también es un vacío y porqué no hacerlo diferente.</p> <p>-La terapeuta espera un momento, pues la paciente empieza a llorar, cuando la ve más tranquila hace la siguiente pregunta:</p> <p>T: ¿Y qué hiciste con este pensamiento y sentimiento?</p> <p>P: En ese momento no pude acercarme pero... no sé algo cambió.</p> <p>T: ¿Qué cambio?</p> <p>P: Al despedirme de ella... lo hice con esa emoción o sentimiento de querer hacerlo diferente</p> <p>T: ¿Y cómo te despediste? ¿Qué hiciste o dijiste de manera diferente?</p> <p>P: La abraza, no le dije nada porque tenía un nudo en la garganta, además no pude, pero la abraza y sentí muy bonito, todo el camino me vine llorando, no sé... tal vez su abrazo.... sabe mi mamá me quiere y yo pues, aunque a veces no lo quiero aceptar, también la quiero, pues es mi mamá y la necesito.</p> <p>T: Claro, Jazmín. Y ahora date cuenta como un cambio de pensamiento puede llevarte a actuar de una manera diferente y obvio hacerte sentir mejor. ¿Te das cuenta de eso?</p> <p>P: Sí, y es padre.</p> <p>T: Muy bien Jazmín ¡felicidades!, otro logro tuyo, ¿qué premio te diste o te vas a dar?</p> <p>P: Pues... no sé qué me recomienda.</p> <p>T: Bueno, eso lo tendrías que escoger tú, algo que te guste y disfrutes... a lo mejor, ahora que estamos viendo las actividades a disfrutar, tal vez algo que te guste mucho hacer.</p> <p>P: Sí, voy a planear ir al cine, hace mucho que no voy.</p> <p>T: Muy bien, eso me parece excelente y a lo mejor podrías invitar a algunas amigas o amigos a ir contigo</p> <p>P: Sí, me siento ligera.</p> <p>T: ¡Claro!</p> <p>- El termómetro de ánimo marcó que el nivel del estado de ánimo en días anteriores a la sesión fue de 7 (mejor) de una escala de 1 a 9; donde 9 es “el mejor” y 1 es “el peor”.</p> <p>- De la lista de actividades agradables, estas fueron las identificadas: arreglar mi cuarto, leer un libro, bañarle con agua calentita, escuchar música, arreglarme, caminar en el zócalo, comer, soñar despierta, tomar una siesta, estar en el internet (chatear)</p> <p>T: ¿Cómo te sentiste llevando un registro de tus actividades?</p> <p>P: Me gustó, me pude dar cuenta que sí hago cosas que me gustan y que disfruto.</p> <p>T: Y ¿Cómo te sientes cuando haces esas actividades?</p> <p>P: Me siento a gusto, más tranquila, más en paz conmigo misma.</p> <p>T: Muy bien Jazmín</p>
<p>Actividades agradables para sentirse mejor</p>	<p>-Terapeuta pregunta:</p> <p>T: Te das cuenta cómo las actividades agradables pueden ayudarte a sentirte mejor.</p> <p>P: Sí, como cuando fui a comer con Mario a Zaachila y platicar con él después me sentí contenta.</p> <p>T: Como te diste cuenta, en las actividades agradables que hiciste antes de esta sesión, las actividades agradables no tienen que ser actividades especiales, aunque pueden serlo; pueden ser diferentes para diferentes personas, por ejemplo para mí no es tan agradable tomar una siesta pero para ti sí; nos sentimos mejor cuando nuestras actividades están bien balanceadas entre las cosas que “tenemos que hacer” y las cosas que “queremos hacer”</p> <p>P: Eso es lo que tengo que aprender, me cuesta mucho trabajo hacer las cosas que tengo que hacer, más cuando estoy triste, pensar en eso me deprime más; y las cosas que me gustan no las hago porque estoy triste.</p> <p>T: Por eso el planificar y programar tus actividades es una forma de obtener más control sobre tu vida, tus pensamientos y tu estado de ánimo.</p> <p>T: ¿Alguna vez has llevado un programa o agenda de tus actividades semanales?</p> <p>P: No</p> <p>La Terapeuta presentó y discutió con la joven los beneficios de llevar a cabo un programa semanal de actividades.</p> <p>La paciente escribió en la hoja de práctica las actividades que hace diariamente en los días y horarios en que las va a realizar.</p>
<p>Actividades agradables sin gastar mucho dinero</p>	<p>- La terapeuta pidió a la joven hacer una lista de actividades agradables que la joven pueda hacer sin gastar mucho dinero.</p> <p>De esta lista de actividades agradables, escogió una que le gustaría hacer y pensó en cosas que podían impedir que se realizara la actividad. La actividad elegida fue “pedirle a mamá ir a comer juntas al restaurantito, aquí en Oaxaca, donde iba a comer con papá y platicar a gusto con ella”</p> <p>T: ¿Cómo puedes usar tus pensamientos para ayudarte a planificar y disfrutar de esta actividad?</p> <p>P: Bueno, de entrada tengo miedo que al pedirselo, me diga que no. En segundo lugar, después de la muerte de papá no he ido a ese lugar y tengo miedo de llorar y ponerme muy triste otra vez y no quiero.</p> <p>T: Es bueno que identifiques y me digas tus temores frente a esta actividad qué te gustaría realizar; entonces digamos que la respuesta de tu mamá y tu miedo a caer en tristeza otra vez son los obstáculos posibles para la realización de esta actividad. Ahora vamos al segundo pasito utilizando las herramientas aprendidas aquí</p>

	<p>durante estas dos semanas; ¿cómo puedes usar tus pensamientos para ayudarte a planificar y disfrutar de esta actividad?</p> <p>P: Bueno si pienso que mamá me dirá que no, pues no me dan ganas de pedírselo, entonces pues, sí se lo pido y me dice que no pues no quiere decir que no quiera estar conmigo, tal vez a ella también le pone triste ir y me gustaría comprenderla; pero... tal vez me diga que sí, entonces pues trato a ver qué pasa. Ahora, si voy a ese lugar, es lógico que me ponga triste pero acompañada de mamá no puede ser tan difícil.</p> <p>T: Entonces, ¿te gustaría tratar?</p> <p>P: Sí y luego le platico como me fue, no va a ser fácil.</p> <p>T: Ahora a ese pensamiento de “no va a ser fácil” ¿qué le dirías?</p> <p>P: “No va a ser fácil porque nos va a doler a las dos y también será una forma en que papá nos una”</p> <p>T: ¿Te gusta la idea?</p> <p>P: Sí, lograr hablar con mamá como lo hacía con papá.</p> <p>T: Recuerda Jazmín, es un proceso y te lleva a muchos beneficios.</p> <p>P: Sí</p>
Cierre de sesión	Como cierre de la sesión, la terapeuta recuerda a la paciente la tarea, el termómetro del ánimo, lista de actividades agradables y completar el programa semanal. Explica una nueva tarea con un registro ¿Cuánto crees que disfrutarás de tus actividades agradables?
ACTIVIDADES IDENTIFICADAS DURANTE LA SESIÓN	- De la lista de actividades agradables, estas fueron las identificadas: arreglar mi cuarto, leer un libro, bañarme con agua calentita, escuchar música, arreglarme, caminar en el zócalo, comer, soñar despierta, tomar una siesta, estar en el internet (chatear).
SESIÓN 7	Las metas como parte de la realidad
OBJETIVO DE LA SESIÓN 7	Fijar metas alcanzables
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Repaso	<p>-Terapeuta y paciente revisaron lo visto en la sesión anterior y las tareas. Al preguntarle sobre cómo estaba su estado de ánimo, la paciente contestó que de una escala de 1 al 10, donde 10 es el mejor estado de ánimo, su estado de ánimo era de 8. Al revisar el termómetro de ánimo también se constató que el nivel de tristeza ha disminuido ya que de tres días anteriores a la sesión en dos el nivel fue de 7 y uno de 8, donde 9 es el mejor y 1 el peor.</p> <p>-De las actividades agradables realizadas hubo un aumento de la sesión anterior y las identificadas son: arreglar mi cuarto, leer un libro, bañarme con agua calentita, escuchar música, arreglarme, caminar en el zócalo, comer, soñar despierta, tomar una siesta, estar en el internet (chatear), ir al cine, comprar cosas, platicar con mamá, terminar, planificar u organizar algo, hablar por teléfono, organizar mi tiempo, escribir,</p> <p>- Sobre el programa semanal se puede decir que la paciente pudo realizarlo; y en cuanto a la predicción de actividades agradables la paciente expresó que estaba satisfecha pues sus predicciones, sobre el disfrute de las actividades agradables, se acercaron mucho a lo que realmente disfrutó.</p> <p>- La terapeuta pregunta sobre sus sentimientos respecto a todas las actividades realizadas.</p> <p>T: ¿Cómo te sientes con las actividades en estos tres días?</p> <p>P: Satisfecha, me gustó más una.</p> <p>T: ¿Cuál?</p> <p>P: Ayer que vino mi mamá a Oaxaca, pude pedirle que me acompañara a comer donde iba con mi papá. Al principio no quería ir porque se sentía cansada y yo le dije que estaba bien, pero que quería platicar con ella. Ella me comentó que podíamos hacerlo en el cuarto, yo le comenté que salir de la rutina era bueno, además que era parte de un propósito que me había hecho para no estar deprimida, a lo que me preguntó si realmente quería salir; yo le dije que era importante por el trabajo que estoy haciendo con usted, sobre mi estado de ánimo y para superar la tristeza de la muerte de mi papá; entonces ella aceptó y fuimos. Me costó trabajo convencerla pero lo logré.</p> <p>T: ¿Cuáles eran tus pensamientos antes de pedírselo y qué hiciste con estos?</p> <p>P: Lo que más pensaba era “no va a querer, no va a querer” entonces pensé, “pues no pierdo nada, además pues chance me dice que sí”</p> <p>T: Y lo hiciste, ¿cómo te sentiste, cuando te dijo que sí?</p> <p>P: Pues, con miedito, porque pensé “ya le dije que quería hablar con ella, ahora que va a pasar, qué le voy a decir y si se enoja”, pero al fin no se enojó y pude decirle que pues me dolía llevarme así con ella, fue raro estar en el lugar donde platicaba con mi papá, ahora con mi mamá, fue diferente no sé algo chistoso, a lo mejor porque no estoy acostumbrada.</p> <p>T: ¿Y lo disfrutaste?</p> <p>P: No sé, eran emociones encontradas, pero sí creo que al final si estuvo bien, comimos rico. Me sentí como si me quitaran un peso de encima. Ella me pidió que si algún otro día necesitaba hablar que se lo pidiera y eso me gustó mucho. Me siento con más confianza.</p> <p>T: ¿Ves cómo tus pensamientos afectan tus acciones y con ello tus emociones?</p> <p>P: La verdad me gustó mucho haberlo intentado.</p> <p>La terapeuta explica que el objetivo de estos ejercicios es que puedes escoger algo y realmente hacerlo; disfrutar algunas actividades aún cuando pensaste no poder hacerlo, mejorar tu estado de ánimo con tus actividades; además que no necesitas esperar hasta que sientas energías para hacerlo; y por supuesto mientras más se práctica más cambios hay en el estado de ánimo.</p>
Identificando metas	-La terapeuta explica que se puede crear un propio plan para superar la tristeza profunda y una forma es

personales	<p>establecer metas, se utilizaron preguntas abiertas para fomentar la plática.</p> <p>T: ¿Qué son las metas para ti, Jazmín?</p> <p>P: Son los objetivos que te marcar para lograr algo, la verdad yo no soy muy buena para alcanzarlas, ya ve en mis calificaciones... hijole, un pensamiento negativo, a ver... es verdad que hasta hoy no he sacado buenas calificaciones pero puedo intentar subirlas un poquito no?</p> <p>T: Muy bien Jazmín, es verdad que hasta hoy te ha costado trabajo lograr tus metas pero si aprendemos cómo hacerlas o planearlas, lo más probable es que funcione ¿no crees?, y cuando lo logres pues te sentirás mejor.</p> <p>P: Sí, por favor, urge, urge subirlas.</p> <p>-La terapeuta explica que hay varios tipos de metas, a corto plazo, largo plazo y de vida. Para practicar, la paciente identifica y escribe sus metas a corto, largo plazo y de vida, en la hoja de Metas Individuales. Este ejercicio se utiliza para discutir y mostrar cómo se establecen metas, por ejemplo poniendo metas claras y concretas, dividiendo metas grandes en parte pequeñas, poniendo metas realistas y razonables; y por supuesto identificando los obstáculos que le impiden realizar las metas. En esta sección es importante mencionar que se trabajó con el hecho de subir de calificaciones como una de las principales metas.</p>
Superar la depresión	-La terapeuta explicó que para ayudar a superar la tristeza profunda es importante, establecer metas realistas, reconocer las cosas positivas que haces para alcanzarlas y recompensarse en tu mente y en la vida real.
Cierre de sesión	<p>-Como cierre de la sesión la terapeuta pregunta:</p> <p>T: ¿Cómo te sientes con la sesión de hoy, Jazmín?</p> <p>P: Más clara con eso de las metas.</p> <p>T: Y el estar clara en tus pensamientos ¿cómo te hace sentir?</p> <p>P: Tranquila y pues con ganas de hacer algo.</p> <p>T: Muy bien, te recuerdo la tarea: seguir con el termómetro del ánimo, programa semanal de actividades, el manejo del tiempo (metas en los días siguientes).</p>
ACTIVIDADES IDENTIFICADAS DURANTE LA SESIÓN	-De las actividades agradables realizadas hubo un aumento de la sesión anterior y las identificadas son: arreglar mi cuarto, leer un libro, bañarme con agua caliente, escuchar música, arreglarme, caminar en el zócalo, comer, soñar despierta, tomar una siesta, estar en el internet (chatear), ir al cine, comprar cosas, platicar con mamá, terminar, planificar u organizar algo, hablar por teléfono, organizar mi tiempo, escribir.
SESIÓN 8	Mundo subjetivo y objetivo
OBJETIVO DE LA SESIÓN 8	Identificar estrategias para manejar el mundo subjetivo y objetivo.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Repaso	<p>T: ¡Hola, Jazmín! ¿Cómo estás?, ¡lista!</p> <p>P: Sí, un poco apurada, vengo de terminar un trabajo con Montse, ¿la ubica?</p> <p>T: Sí, ¡Claro!, ¿estás trabajando con ella en alguna materia?</p> <p>P: Sí, en un proyecto que nos pidió la maestra de planeación educativa hace un mes y no habíamos avanzado nada y se entrega la próxima semana, bueno yo era la que no había ayudado a Montse, ya sabe cómo estaba yo hace un mes; pero me acerqué a ella, por eso de las metas a corto plazo, ya ve que una era acercarme a un compañero para pedirle apoyo y pues lo hice con Montse, aprovechando que con ella tenía el trabajo y no me había acercado para planearlo.</p> <p>T: Bueno y ¿cuál era la razón de no haberte acercado a ella para trabajar?</p> <p>P: Recuerda que hace como tres semanas o cuatro no quería hablar con nadie, ni que se me acercaran para preguntarme cómo estaba, además yo pensaba que nadie quería trabajar conmigo, por eso de que no voy bien en mis calificaciones.</p> <p>T: ¿Y cómo fue el haberte acercado a ella? ¿Platicaron?</p> <p>P: La verdad Montse me sorprendió, yo pensé que me iba a decir que el trabajo ya estaba y que, pues que hablara con la maestra para hacer yo sola otro trabajo y la verdad si eso me hubiera dicho pues tenía razón yo no había hecho nada y la neta no lo iba a tomar mal, lo que quise hacer es cumplir la meta de acercarme y pedirle ayuda.</p> <p>T: Bueno, entonces, tuviste un pensamiento negativo, “me va a decir que el trabajo ya está, habla con la maestra para que hagas tú otro trabajo”, entonces pensaste...</p> <p>P: Pues, acepté que si eso pasaba era mi responsabilidad y pues hablaría con la maestra que era otra de las metas, acercarme a mis maestros y hablar con ellos de mi situación en cada materia.</p> <p>T: ¿Cómo te sentiste de asumir tu responsabilidad?</p> <p>P: Bien, o sea cómo fuerte, con miedo sí, no es bonito que te digan eso pero como fuerte sí, eso.</p> <p>T: Y con esa fuerza te acercaste.</p> <p>P: Sí</p> <p>T: ¿Te das cuenta como los pensamientos pueden fortalecernos para realizar cosas que nos hagan sentir mejor?</p> <p>P: Sí, lo que más me sorprendió fue que Montse me preguntó qué me pasaba, porqué estaba tan aislada de los demás; nadie sabía cómo murió mi papá, sabían que había fallecido pero no la forma; entonces pues me animé y le platicué. Me sentí tan bien de poder hacerlo con una compañera y me di cuenta que.....</p> <p>T: ¿De qué te diste cuenta, Jazmín?</p> <p>P: Que necesito hablar de este evento más para que poco a poco me duela menos; hasta me dio consejos Montse y ella también me platicó cosas suyas, yo tampoco sabía que tenía problemas. Hoy en la mañana me desperté y lo primero que pensé fue en la plática con Montse y no sé me dieron ganas de echarle ganas a la escuela y hacer un cambio en mi vida; y ¿le digo una cosa?</p> <p>T: Sí, ¡Claro!</p> <p>P: Me están esperando allá abajo.</p> <p>T: ¿Quién?</p> <p>P: Es cumpleaños de un compañero y le van a partir su pastel, me invitaron; yo les dije que venía con usted y</p>

	<p>pues ellos me dijeron que me esperaban. T: ¡Órale, Jazmín! y ¿cómo te sientes con esta invitación? P: Rara, pero la verdad si quiero estar con ellos, creo que Montse influyó para lo de la invitación, pero la verdad, es bonito que te tomen en cuenta, ya se me había olvidado cómo se siente uno. T: Entonces, el día de hoy del 1 al 10 donde el 10 es el nivel mejor, ¿qué me das Jazmín? P: ¡Ay profe! No quisiera echar las campanas al vuelo, pero de verdad me siento muy bien, un 10, sí un 10, quiero disfrutar el cómo me siento hoy. T: ¡Claro!, créetelo y es tu logro Jazmín, le has echado muchas ganas a lo que estamos haciendo. P: Gracias, maestra. T: Bueno entonces pasemos a lo siguiente porque necesitas irte a tu reunión. -El termómetro de ánimo marcó que los dos días anteriores a la reunión, un día el nivel de estado de ánimo fue de 8 y el segundo de 9 donde éste último representa el mejor estado de ánimo. -La paciente realizó todas las tareas encomendadas.</p>
La depresión y el manejo saludable de la realidad	-La terapeuta explica el mundo objetivo y subjetivo en el que vivimos, pues es nuestra realidad; y la clave para sentirse saludable emocionalmente es aprender a manejar estas dos partes de la realidad; como por ejemplo, buscar alternativas en los pensamientos. En esta parte se utilizaron ejemplos de cambio de pensamiento que ya ha hecho la paciente, además la joven coopero muy bien y de forma muy rápida; se notaba animada y ansiosa por terminar, pues sus compañeros la esperaban.
Haciendo tus dos mundo más saludables para ti	-Terapeuta explica que el mundo de afuera puede ser más saludable para las personas y buscó alternativas para manejar el mundo de adentro. Se utilizaron preguntas para motivar la discusión. Como el ejercicio anterior la paciente coopero muy bien y el ejercicio se realizó de forma muy fluida.
Cierre de sesión Repaso del módulo	-Para cerrar la sesión y el módulo se le pregunta a la paciente: T: ¿Qué aprendiste en estas últimas cuatro sesiones sobre las actividades agradables? P: Manejando bien mis pensamientos, puedo lograr hacer cosas que realmente quiero lograr y así sentirme mejor, más contenta, con ganas de hacer un cambio y sobre todo ya no estar tan triste y disfrutar. T: Muy bien Jazmín, ahora no olvides seguir trabajando con tu termómetro de ánimo y tu programa semanal de actividades.
ACTIVIDADES IDENTIFICADAS DURANTE LA SESIÓN	-De las actividades agradables realizadas hubo un aumento de las dos sesiones anterior y las identificadas son: arreglar mi cuarto, leer un libro, bañarme con agua calentita, escuchar música, arreglarme, caminar en el zócalo, comer, soñar despierta, tomar una siesta, estar en el internet (chatear), ir al cine, comprar cosas, platicar con mamá, terminar, planificar u organizar algo, hablar por teléfono, organizar mi tiempo, escribir, dibujar, bailar en mi cuarto, organizar mi tiempo.

MÓDULO 3	LAS RELACIONES PERSONALES
OBJETIVO MÓDULO 3	MANEJAR LAS RELACIONES PERSONALES Y SOCIALES PARA DISMINUIR EL ESTADO ÁNIMO REPRESIVO
SESIÓN 9	Las relaciones personales e interpersonales en la vida diaria.
OBJETIVO DE LA SESIÓN 9	Comprender que las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LO SUCEDIDO
Repaso	<p>-Terapeuta y paciente revisaron lo visto en la sesión anterior y las tareas. Al preguntarle sobre cómo estaba su estado de ánimo, la paciente contestó que de una escala de 1 al 10, donde 10 es el mejor estado de ánimo, su estado de ánimo era de 9. Al revisar el termómetro de ánimo, se observó que el nivel de tristeza fue de 8, donde 9 es el mejor y 1 el peor. T: Jazmín, ¿recuerdas el nivel de tu estado de ánimo la última vez que nos vimos? P: Sí, fue de 1, ahora es de 2, ¿sabía que se iba a dar cuenta? T: El dar un 2 Jazmín, habla que has hecho un buen trabajo y como te comenté es un proceso, a veces avanzamos, a veces necesitamos quedarnos ahí un rato, pero no significa que esté mal, solo darnos cuenta qué paso con mis pensamientos o mis actividades que influyeron en mi estado actual de ánimo. P: Sí, la vez pasada me sentía demasiado contenta por lo de la invitación de mis compañeros, creo que por eso dije que 1; pero no siento que haya bajado mi estado de ánimo simplemente no estoy tan, tan contenta; además... T: Sí, ¿paso algo? P: Mi mamá... fui a mi casa este fin de semana y pues me sinceré con ella sobre mis calificaciones y el peligro en que está mi situación aquí en la escuela, y pues el esfuerzo extra que tengo que hacer este último mes para poder salvar el semestre. T: ¿Y qué pasó? P: Fue difícil, aunque si me escuchó, me regañó y eso pues no me gusta, que luego saca otras cosas, como siempre; eso me hizo sentir no tan contenta como llegue después de la semana aquí en Oaxaca, pero lo bueno, como usted dice, es que me arriesgue y eso me hace sentir bien, desahogada. Ahora ya por fin sabe bien el riesgo que tengo de perder el semestre y pues eso me hace sentir menos miedo y presión. T: Muy bien Jazmín ya no te enganchas con la idea de que no puedes expresarte con mamá o qué mamá no te escucha. P: Sí, la verdad a pesar del regaño, que pues la entiendo, hizo un esfuerzo ella también y me escuchó y otra cosa, no dejo que mis hermanos intervinieran. T: ¡Felicidades! Fíjate Jazmín que sin querer has empezado a trabajar con el tema de nuestras últimas sesiones</p>

	que son las relaciones interpersonales y cómo éstas también afectan nuestro estado de ánimo.
Las conductas con otras personas afectan tu estado de ánimo	<p>-La terapeuta explicó qué la depresión está relacionada con: Tener menos contactos con personas; sentir incomodidad, timidez o enojo hacia otras personas; ser menos asertivo y ser más sensible a ser ignorado/a, criticado/a o rechazado/a</p> <p>T: ¿Te checa lo que acabo de explicar, Jazmín?</p> <p>P: Sí, alguna vez le comenté, por ejemplo, cuando me siento triste, pues no me dan ganas de hablar con nadie en la escuela, pero al estar aislada sin que nadie me hable pues me hace sentir más triste. También cuando me siento enojada con mi mamá, eso me entristece porque mi mamá me ignora y yo la ignoro, entonces eso me duele porque la quiero, es mi mamá.</p> <p>T: Exacto, Jazmín. La depresión y la falta de contacto con otras personas se influyen mutuamente y el resultado es sentirnos tristes.</p>
La importancia del apoyo social	<p>-La terapeuta explicó que el apoyo que recibimos al estar en contacto con otras personas es muy importante para nuestra salud emocional y psicológica. La paciente pudo mirar cuál es su red de apoyo social (mamá, hermanos, primos, amigos) y descubrió que sí tiene aunque pensaba que no.</p> <p>T: ¿Cómo se podrías mantener esta red de apoyo social saludable, Jazmín De hecho ya lo has empezado a hacer.</p> <p>P: Bueno, pues pidiendo apoyo a mis compañeros cuando la necesite. Algo que yo hacía mucho era pensar "para que le digo si me van a hacer feo", con Montserrat pude ver que, bueno no siempre van a responder igual, pero sí hay una posibilidad de que me escuchen y eso me hace sentir mejor.</p> <p>T: Muy bien, entonces ¿qué hizo Montserrat?</p> <p>P: Escucharme, no rechazarme, brindarme su apoyo, hablar a los otros de mí, tenerme confianza y platicarme, invitarme a salir con ella y su grupo de amigos.</p> <p>T: Exacto, entonces ¿qué te está enseñando Montserrat, Jazmín?</p> <p>P: Todo eso</p> <p>T: ¿Y cuáles fueron los resultados?</p> <p>P: Me llevo mejor con ella, ya no me siento tan aislada en el salón, me la paso bien de repente</p> <p>T: ¿Te gustaría hacer lo mismo tú con otros y así fortalecer o ampliar tu red social?</p> <p>P: Sí, la verdad sí es importante. Tengo una pregunta, bueno no sé si es inquietud, me brinco ahorita.</p> <p>T: Dime Jazmín</p> <p>P: Por ejemplo, cuando vivía mi papá, era la persona con la que platicaba, me la pasaba bien, salíamos, le contaba todo, bueno casi todo. Con mi mamá, ya sabe, la relación era alejada y pues, no muy buena. Mi pregunta es, cuando muere mi papá que era la persona más confiable para mí, por eso ¿se me acaba el mundo? ¿Y pienso que nadie me va a escuchar como él? y pues sí no lo tengo a él pues no tengo a nadie y eso me hace sentir sola y pues desprotegida, como una niña perdida.</p> <p>T: Sí, Jazmín así es. El que nuestra relación con nuestros seres queridos no sea una relación excelente, no significa que no podamos contar con ellos; la cuestión es aprender a relacionarnos y a expresar de forma asertiva lo que necesitamos y sentimos. Así como lo estás empezando a hacer con tu mamá; ahora te puedes dar cuenta que ella está para ti también, solo que tal vez no de la misma forma de tu papá porque son personas diferentes pero sí está para ti.</p> <p>P: Sí, la verdad que sí, hasta ganas de llorar me dieron</p> <p>T: Puedes hacerlo para respetarte en tus emociones.</p> <p>-La terapeuta, espera unos minutos y sugiere el cierre de la sesión.</p>
Cierre	-La terapeuta recomienda seguir con el termómetro de ánimo y el programa semanal de contactos
SESIÓN 10	Problemas que se presentan en las relaciones personales
OBJETIVO DE LA SESIÓN 10	Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Repaso	<p>Al inicio de la sesión</p> <p>T: Hola Jazmín ¿cómo está tu estado de ánimo hoy?</p> <p>P: Muy tranquila, creo que es un 10, anoche dormí muy bien, estaba muy cansada por la entrega de trabajos toda la semana. Estoy contenta, ahora sí creo que pase todas las materias, Alemán es mi coco, ahí sí creo que no me fue muy bien, pero la maestra me comentó que va a tomar en cuenta que asistí a todas las asesorías con ella y pues chance eso me ayude.</p> <p>T: ¡Qué bueno Jazmín! Vamos a ver tu termómetro de ánimo en estos días. ¡Muy bien! Lograste el nivel 9, el mejor estado de ánimo desde que empezamos a trabajar. ¡Qué padre, Jazmín! ¿Y cómo te sientes con esto?</p> <p>P: Muy contenta, tengo muchas ganas de sacar mi semestre, aunque está difícil pero no sé, si no lo lograra pues intentaré el otro; la verdad aunque sí estoy preocupada, me siento contenta, animada y pues como mi mamá ya sabe pues eso me hace sentir más tranquila. ¿Sabe qué siento? me puede ayudar mucho el programa semanal de actividades, ahora que lo he hecho y tratado de seguir, pues creo que aprovecho más el tiempo. Me cuesta a veces mucho trabajo porque no estoy acostumbrada pero sí ayuda.</p> <p>T: ¿Y con tu programa semanal de contactos?</p> <p>P: Bien, solo que cómo estuve apurada con eso de los exámenes y entrega de trabajos pues no logré completarlo, creo que ahora en vacaciones me voy a dar a la tarea de hacerlo realmente.</p> <p>T: Bueno pero te das cuenta de tu red de apoyo social y la importancia de mantenerla y agrandarla, si es posible</p> <p>P: Sí, de hecho ya me hablo con más compañeros y pues sé que necesito acercarme a ellos para poder con mis materias y la verdad se han portado bien buena onda conmigo.</p>

Pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en las relaciones con otras personas y las relaciones afectan estas tres áreas.	-Terapeuta explica, de forma breve, cómo los pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en las relaciones con otras personas y se hizo una pequeña exploración. Es importante mencionar que este ejercicio fue muy rápido, pues en realidad la joven ya se ha dado cuenta y ya lo ha puesto en práctica. Se trabajó entonces un ejercicio de asertividad correspondiente a las sesión 11. -La terapeuta pidió a la joven examinar pensamientos, sentimientos y acciones relacionadas a una persona con la que tenga alguna dificultad. Exploró una situación problemática que tuvo con uno de sus hermanos y aprendió estrategias de cómo ser más asertiva sobre sus pensamientos y sentimientos frente a su hermano. Se realizó primero un ejercicio de visualización, imaginándose la situación. Después la terapeuta explicó destrezas de comunicación para aplicarlas a la situación presentada anteriormente.
Cierre de sesión	- La terapeuta explicó que el propósito de examinar los pensamientos, comportamientos y sentimientos es identificar cómo estas tres áreas influyen en la relación con otras personas y considerar en qué áreas se necesita mejorar para tener relaciones más positivas. -Se resumió con la joven algunos de los hallazgos obtenidos en relación a las tres áreas discutidas y sus relaciones interpersonales. -Se encomendó seguir con el termómetro de ánimo y practicar las técnicas de asertividad en caso de necesitarlas.
SESIÓN 11	Los beneficios de la terapia
OBJETIVO DE LA SESIÓN 11	Medir el grado de depresión al concluir con la intervención
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Repaso	Repaso sesión anterior T: Buenos días, Jazmín ¿Cómo estás el día de hoy? P: Bastante contenta y también como sorprendida; antes de que me pregunte... el nivel de mi estado de ánimo es de 10, me sigo sintiendo muy bien. T: Y de esta última semana cuantos días te has sentido triste. P: Pues, de hecho ninguno, si hubo momentos pero muy poquitos y nunca todo el día. T: ¿Qué padre, Jazmín!, platicame, hay alguna razón de sentirte así. P: Sí, lo logré!, fui a mi casa el fin de semana y pues, yo pensé que iba a estar muy triste, ya sabe, fueron los muertos y no, la verdad que me dieron ganas de ponerle su altar a mi papá, pero no lo hice triste, o sea no le voy a negar que pues por momentos me daban ganas de llorar, y pues sí de repente se me derramaron las de san Pedro, pero la verdad, me sentí contenta ponerle sus flores, ponerle lo que le gustaba, ayudé a mi mamá con el mercado; pero no sé, lo hacía como con mucho ánimo, diferente. También fue padre que mis hermanos llegaron a mi casa y pues comimos juntos, la verdad no hubo peleas, ni discusiones. T: Entonces, hiciste cosas que te hicieron sentir bien. P: Sí la verdad que sí. -El termómetro de ánimo durante los días anteriores a la sesión, marcó 9 (el mejor estado de ánimo) T: Muy bien Jazmín, entonces, como sabes hoy es el último día de las sesiones programadas. Por lo tanto pasaremos a la aplicación de los inventarios ¿estás lista? P: Sí, claro
Evaluación del estado actual de la depresión	-Se aplicaron los inventarios de Beck y escala CES-D
Retroalimentación	- Terapeuta explica: Hasta ahora, has aprendido a pensar, comportarte y sentir de una forma más saludable. En algunos momentos de la vida, pueden suceder cosas que te sobrecargan. A veces la depresión empieza durante esos momentos. Si usas las estrategias que has aprendido aquí, va a ser menos probable que te vuelvas a deprimir o que permanezcas deprimido por mucho tiempo. T: Ahora, Jazmín me gustaría que tú me comentaras cuáles crees que fueron los logros que hiciste en estas semanas y cuáles son las herramientas que consideras ahora tienes. P: Bueno, para empezar logré, sentirme mejor en mi estado de ánimo, la tristeza disminuyó, cuando llega a aparecer por momentos, siento que la vivo diferente, o sea me deja hacer mis cosas. Otro logro es que pude acercarme a mi mamá y no peleo tanto con mis hermanos. Ya no me siento tan enojada por la muerte de mi papá, ni tengo tanto los pensamientos sobre la forma en cómo murió mi papá, antes pensaba mucho en eso. Logré también como reubicarme en la escuela otra vez, quiero decir, como que tengo más ánimo de hacer mi tarea, estudiar, pues salvar el semestre; y seguir estudiando. Esto le hubiera gustado a mi papá. T: Y físicamente ¿Cómo te has sentido? P: Pues, ya no me siento tan cansada, ya duermo mucho mejor. Me siento con energía para salir, ir al cine, platicar con mis compañeros T: ¿Y cuáles fueron las herramientas que te ayudaron a conseguirlo? P: Pues, de entrada los cambios de pensamientos. Hicimos varios ejercicios, ¿no? Como el termómetro de ánimo, el programa semanal, la forma de cambiar pensamientos positivos y negativos, las metas a largo, corto y mediano plazo. El cómo pensar de forma diferente de ayuda a hacer cosas que te hacen sentir bien. Me acuerdo mucho del diagrama que vimos en la primera sesión del círculo vicioso que se forma entre pensamientos, sentimientos y acciones. T: Bueno, pues ahora ya lo sabes; ahora solo tienes que seguirlo aplicando.
Cierre de sesión	T: Muy bien Jazmín para cerrar que gustaría que me dijeras ¿Qué fue lo que más te gusto? ¿Qué te pudo haber incomodado?, ¿Qué te motivo? a lo largo de este proceso terapéutico. P: Híjole pues lo que más me gusto fue sentirme mejor, poderme desahogar con usted, sentirme acompañada, no sé a lo mejor esta parte de pasar de sentirme incomprendida a ser comprendida y apoyada; la verdad me

sentía sola con mi tristeza y cuando venía pues me iba como con más tranquilidad como con una posible solución a lo que estaba viviendo. Creo que lo más padre fue cuando logre acercarme a mi mamá, ahora sé que no solo con mi papá lo puedo hacer. ¿Cuál era la otra pregunta?

T: ¿Qué te pudo haber incomodado?

P: Pues, creo que nada. Tal vez de repente era hacer todos los días la tarea, pero cuando veía cambios, ¡ay! La verdad eso me motivaba y seguirlos haciendo.

T: ¿Qué te motivo?

P: Los logros que iba teniendo.

T: Bueno, Jazmín hoy termina una etapa de tu proceso; el camino lo tendrás que seguir tú, con los recursos que ahora tienes, ya lo sabes, sólo lo tienes que hacer. Y por supuesto aquí voy a estar en caso de que necesites apoyo ¿crees que puedas?

P: Sí, y muchas gracias por todo, de verdad me siento contenta y con mucha esperanza, mi papá está bien donde está.

T: Claro que sí, Jazmín. Yo también de doy las gracias por la confianza.