

## Universidad Católica de Santa María

### Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

### Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica



### TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE

Trabajo Académico presentado por la  
**Ps. Aguilar Falcón, Kathie Teresa**  
para optar el Título de Segunda  
Especialidad en **Psicología Terapéutica**

**Asesor:**

**Mgter. Puma Huacac, Roger**

**Arequipa – Perú**

**2022**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA TERAPEUTICA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 05 de Noviembre del 2021

Dictamen: 003395-C-EPSIC-2021

Visto el borrador del expediente 003395, presentado por:

**2014974682 - AGUILAR FALCON KATHIE TERESA**

Titulado:

**TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1653 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA**  
**DICTAMINADOR**



**3154 - GOMEZ CORNEJO BAZAN ROSALUZ YANET**  
**DICTAMINADOR**

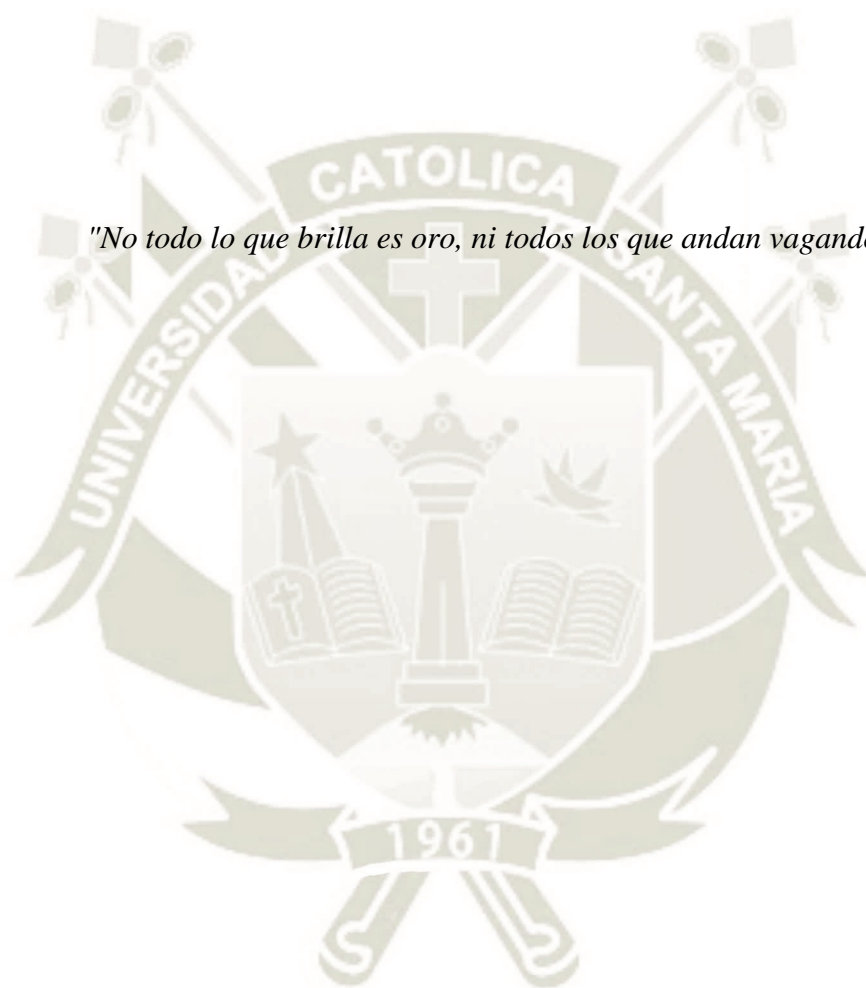


**9165 - ESCOBAR CORNEJO GUILLERMO SAUL**  
**DICTAMINADOR**



## Dedicatoria

*"No todo lo que brilla es oro, ni todos los que andan vagando están perdidos"*  
J.R.R. Tolkien



## Resumen

Los trastornos depresivos se entienden como un ánimo triste con cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional de la persona. En el caso particular de la distimia, se presenta un patrón crónico de alteración del comportamiento, que se manifiesta con un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua y con una duración mínima de dos años.

Este estudio de caso único expone una intervención con orientación cognitivo conductual, en una mujer de 28 años, estudiante universitaria. En la entrevista inicial la paciente refiere presentar angustia, desmotivación, además de baja autoestima. Se describe los procedimientos que se realizaron para poder llegar al diagnóstico F34.1 trastorno depresivo persistente (distimia) según criterios DSM-V (APA, 2013). Además se presenta el proceso de intervención desarrollado en 15 sesiones, así como los resultados pre y post tratamiento, mediante los cuales se logró una reducción en las puntuaciones de depresión obtenidas mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se mejoró notablemente las habilidades sociales y la autoestima de la paciente, además se lograron eliminar los síntomas físicos que presentaba.

**Palabras clave:** trastorno depresivo persistente, terapia cognitiva conductual, psicoterapia, estudio de caso único, distimia, autoestima, caso clínico.

**Abstract**

v

Depressive disorders are understood as a sad mood with somatic and cognitive changes that significantly appreciate the functional capacity of the person. In the particular case of dysthymia, there is a chronic pattern of behavioral alteration, which manifests itself with a persistent depressed mood experienced continuously and lasting at least two years.

This unique case study exposes an intervention with cognitive behavioral orientation, in a 28-year-old woman, a university student. In the initial interview, the patient reported presenting anxiety, lack of motivation, as well as low self-esteem. The procedures that were performed to reach the diagnosis F34.1 persistent depressive disorder (dysthymia) according to DSM-V criteria (APA, 2013) are described. In addition, the intervention process developed in 15 sessions is presented, as well as the pre and post-treatment results, through which a reduction in depression scores obtained through the Beck Depression Inventory (BDI-II) was obtained, notably improved the social skills and self-esteem of the patient, in addition to being able to eliminate the physical symptoms that he presented.

**Key words:** persistent depressive disorder, cognitive behavioral therapy, psychotherapy, single case study, dysthymia, self-esteem, clinical case.

## Índice

DICTAMEN APROBATORIO .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
RESUMEN .....	iviii
ABSTRACT .....	viii
Capítulo 1 Marco Teórico .....	1
Introducción .....	2
Planteamiento del Problema .....	2
Objetivo General y Objetivos Especificos .....	4
Antecedentes Teórico-Investigativos .....	5
La ética en la intervención psicoterapéutica .....	15
Capítulo 2 Marco Metodológico.....	16
Caso Clínico Psicológico .....	16
Datos Personales.....	16
Motivo de Consulta.....	16
Historia del Problema .....	16
Historia de desarrollo de la persona.....	18
Evaluación conceptualizada de la persona y sus problemas .....	20
Evaluación clínica conductual .....	20
Impresión diagnóstica .....	23
Plan de Tratamiento.....	23
Estructura del Programa de tratamiento con objetivos, técnicas y sesiones .....	24
Diseño para la evaluación de los resultados .....	32
Propuesta del plan de seguimiento.....	32
Capítulo 3.....	34
Aplicación y resultados del programa de intervención.....	34
Objetivos del programa de intervención.....	34
Descripción de los resultados del programa de intervención.....	35
Análisis y discusión de los resultados.....	41

Conclusiones.....	46	vii
Sugerencia.....	48	
Referencias.....	49	
Anexos .....	53	

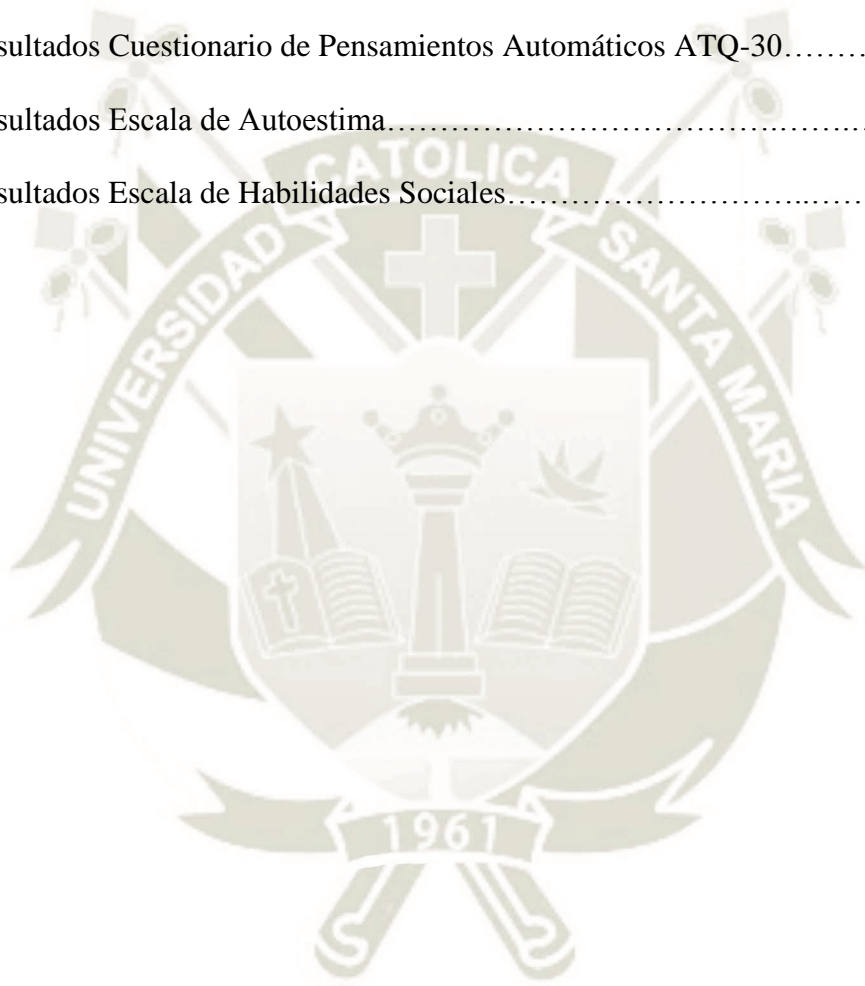


**Lista de tablas**

Tabla 1. Sesión Nro. 1.....	24
Tabla 2. Sesión Nro. 2 y Nro. 3 .....	24
Tabla 3. Sesión Nro. 4 y Nro. 5.....	25
Tabla 4. Sesión Nro.6, Nro. 7, Nro. 8 y Nro. 9.....	26
Tabla 5. Sesión Nro.10.....	27
Tabla 6. Sesión Nro.11 y Nro.12.....	27
Tabla 7. Sesión Nro.13.....	28
Tabla 8. Sesión Nro.15.....	29
Tabla 9. Logros conseguidos durante el tratamiento.....	33

### Lista de figuras

Figura 1. Resultados Inventario de Depresión de Beck .....	35
Figura 2. Resultados MCMI-III.....	36
Figura 3. Resultados Cuestionario de Pensamientos Automáticos ATQ-30.....	38
Figura 4. Resultados Escala de Autoestima.....	39
Figura 5. Resultados Escala de Habilidades Sociales.....	40



## Capítulo I. Marco Teórico

### Introducción

En este trabajo académico se realiza la explicación de un caso único de estudio, se explica en forma detallada la historia personal y los síntomas que presentó la paciente, se recurrió al sustento teórico de la psicoterapia cognitivo conductual para el tratamiento en la paciente, quien es diagnosticada con Trastorno Depresivo Persistente (distimia).

Para la Organización mundial de la Salud (OMS) la depresión es considerada uno de los trastornos mentales más frecuentes, según estimaciones afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, además afecta mayormente a las mujeres. Es una de las principales causas a nivel mundial de morbilidad y esta camino a convertirse en un serio problema de salud. Altera la actividad laboral, académica, familiar, de las personas, y afecta a todo nivel el bienestar general, en algunos casos puede llegar a consecuencias graves como el suicidio.

Existen en la actualidad tratamientos como la psicoterapia cognitivo conductual, que puede ser realizada por un profesional sanitario competente. Diversos autores conductuales y cognitivos han tenido grandes aportes para la comprensión de la depresión, entre ellos están Seligman (1983), Beck (1983), Freeman (1997), también están los parámetros DSM-V del trastorno depresivo persistente Distimia (Duran, 2018).

En el caso del Perú se analizó la prevalencia de la depresión en adolescentes y jóvenes en diversas ciudades, se encontró en un estudio en estudiantes de 7 departamentos del Perú, que el 13,5% tenía algún grado de depresión. (Vargas *et al*, 2018).

La distimia presenta síntomas menos graves en comparación a la depresión, que no llegan a incapacitar a una persona, pero si interfieren en el desenvolvimiento adecuado durante su vida; además la distimia puede pasar desapercibida mucho tiempo, al ser sus síntomas son menos graves que los de la depresión, pero con una duración mucho mayor.

En el DSM-V (APA, 2013), está ubicado dentro de los trastornos depresivos y se le llama Trastorno de Depresión Persistente (distimia).

### ***Planteamiento del Problema***

Gureje (2010) cree que “la distimia tiene un peor pronóstico que el trastorno depresivo mayor”. Por su parte Akiskal (2001) sostiene que “la condición crónica de la distimia posee el potencial de afectar en diversas áreas la vida de los pacientes y a sus personas cercanas. Estos pacientes presentan diversos problemas en la salud, en sus relaciones interpersonales y laboralmente”.

Otero, Alés y Vucínovich (2015) mencionan que los síntomas presentes en la distimia no permiten un correcto desenvolvimiento de las personas en las áreas de su vida: social, familiar, laboral o personal.

La prevalencia de la distimia a lo largo de toda la vida de la persona se encuentra entre 4.2 y 17% según la Organización Mundial de la Salud. El módulo de atención integral en salud mental (2005) sostiene que:

“Las descripciones de la depresión varían según las culturas. Estudios realizados en el Perú indican que en comunidades rurales, se describen situaciones de sufrimiento psíquico a través de síntomas físicos: opresión en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza, etc.” (p.10).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, la depresión es un problema de salud pública en el Perú y una enfermedad que causa “impacto en la vida de las personas”. La prevalencia anual esta entre el 6 y 10% de la población. Las ciudades con niveles más altos son Lima y Puerto Maldonado.

La Terapia Cognitivo Conductual ha probado ser un tratamiento efectivo para la depresión, tanto de manera individual como grupal, al menos tan efectiva como el uso de antidepressivos y existe evidencia consistente que refiere un número menor de abandonos de tratamiento que los fármacos y muy probablemente un número menor de recaídas tras la remisión de los episodios (Guía de Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de personas con depresión, 2008, p.159).

### ***Formulación del Problema***

¿De qué manera la terapia cognitivo conductual, aplicada en la paciente, reducirá los síntomas del Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)?

### **Objetivo General**

El objetivo general propuesto es identificar las cogniciones, afectos y comportamientos que originan la manifestación del trastorno depresivo persistente (Distimia), para así poder modificarlas, todo esto bajo el respaldo teórico, de la terapia cognitivo conductual.

### **Objetivos Específicos**

- Realizar una Evaluación clínica inicial
- Brindar información sobre el diagnóstico y aclarar expectativas de la terapia
- Reestructurar el estado de ánimo negativo y corregir creencias negativas
- Aprender técnicas de relajación
- Mejorar autoestima de la paciente
- Aprender a desarrollar estrategias para resolución de problemas y toma de decisiones
- Mejorar Habilidades sociales
- Desarrollar un plan de vida que sirva como guía
- Prevención de recaídas
- Evaluación post-tratamiento

## **Antecedentes Teórico-Investigativos del tema a trabajar desde la perspectiva cognitivo –conductual.**

### ***Revisión Diagnóstica***

La clasificación internacional de enfermedades CIE-10 (1990) la ubica en el código F34.1 correspondiente a Distimia, que se caracteriza por ser:

“Depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados como para justificar el diagnóstico del trastorno depresivo recurrente” (CIE 10, 2000, pp. 105-106).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (2013) lo denomina: **Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4**, del cual forman parte tanto el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

El DSM-V (2013) tiene como criterios diagnósticos:

“A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.

4. Baja autoestima.

5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

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

Especificar si:

Con ansiedad

Con características mixtas

Con características melancólicas

Con características atípicas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo

Con inicio en el periparto

Especificar si:

En remisión parcial

En remisión total

Especificar si:

Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un

episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

Leve, moderado o grave” (pp 108-110).

### ***Modelo Cognitivo de la Depresión***

Beck et al. (2011) nos dicen que:

“El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).”

#### **La Triada Cognitiva.**

El primer componente de la tríada se enfoca en paciente teniendo una visión pesimista de sí mismo. Utiliza sus defectos para criticarse. Siente que por sí mismo no podrá lograr ser feliz.

El segundo componente de la tríada cognitiva se enfoca en que la persona depresiva interpreta sus experiencias vitales bajo un enfoque negativo.

Siente que se le rodean obstáculos que no lo dejan alcanzar sus metas.

El tercer componente de la tríada cognitiva nos habla de la visión sesgada en donde el futuro es desesperanzador. Siempre considera que sus proyectos tendrán resultados negativos. Tiene la palabra fracaso merodeando su mente cada vez que se enfoca en una nueva tarea. Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea.

Por último, la depresión presenta algunos síntomas físicos que pueden ser explicados con el modelo cognitivo. La apatía y la falta de energía pueden ser debido a la creencia del paciente de que fracasará en todo aquello que se proponga. Esta visión tan negativa del futuro es posible que tenga como consecuencia una “inhibición psicomotriz”.

### **Los esquemas.**

“Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad).” (Beck et al. 2011)

### **Errores en el procesamiento de la información.**

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos.

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se adelanta una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): enfocarse en un detalle sacado fuera de su contexto, y enfocar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se llega a una conclusión, uniendo varios hechos aislados, y aplicar dicha conclusión en situaciones similares y no similares.
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta), se evalúa erróneamente el grado de magnitud de los eventos.
5. Personalización (relativo a la respuesta): la persona se atribuye a si mismo situaciones externas aun cuando no hay motivos para tal atribución.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): cuando las experiencias se clasifican en dos lados opuestos, blanco o negro, limpio o sucio, alto o bajo.

***Antecedentes investigativos en casos de distimia desde la perspectiva cognitivo-conductual***

Se realizó un trabajo investigativo por Gabriela Morocho (2018) titulado “Análisis semiológico de la distimia, tomando como referencia los manuales de diagnóstico DSM-IV y CIE 10.” Se analizó en forma teórica la semiología de la distimia, en base a la teoría cognitiva conductual, se llevó a cabo una revisión descriptiva para encontrar respuesta al problema establecido en el caso. Se concluye que la distimia es un tipo de depresión menos grave pero con tendencia a ser crónica, los síntomas asociados al trastorno distímico se relacionan con el estado de ánimo, autoestima, socialización, lenguaje, actividades placenteras y vigilia. El tratamiento interdisciplinario contempla la farmacoterapia para el adecuado control de síntomas fisiológicos, la psicoterapia cognitiva conductual enfocada en la modificación de pensamientos errados, así como también en las acciones realizadas por el paciente frente a dichos pensamientos, además se le enseña al paciente técnicas de afrontamiento frente a estímulos aversivos.

En la investigación documental de Rosario Diz (2016) denominada “El abordaje de la depresión desde la terapia cognitiva”, se busca comprender el fenómeno, e identificar alternativas de intervención. El objetivo fue realizar una explicación desde el modelo de Terapia Cognitiva de Beck y las alternativas de intervención que se desprenden de este modelo. Las técnicas terapéuticas utilizadas son: Técnicas Didácticas, donde se le explica al paciente sobre la tirada cognitiva mediante ejemplos concretos, se

agendan tareas a realizar para lograr una mayor comprensión de los elementos terapéuticos; Técnicas Conductuales, como por ejemplo actividades programadas en una agenda, role playing, auto reforzamiento, técnicas de distracción, exposición en vivo; y finalmente Técnicas Cognitivas: como por ejemplo detección de pensamientos automáticos, descatastrofización, manejo de supuestos personales. Concluyendo que es posible afirmar que la terapia cognitiva es un modelo en constante revisión y expansión, y, por lo tanto es uno de los modelos con mayor índice de eficiencia y eficacia para el abordaje de los dos tipos básicos de depresión: la depresión mayor y el trastorno depresivo persistente distimia. Además recalca que, el proceso de crecimiento de los enfoques psicoterapéuticos con un enfoque cognitivo, sigue un avance de manera vertiginosa, y por lo tanto aún nos queda mucho camino por recorrer.

El análisis de un caso clínico realizado por Cristina Carro y Rubén Sanz (2015) “Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico” se expone el análisis de un caso clínico de una mujer de 33 años de edad, estudiante de universidad. La paciente manifiesta sentimientos de tristeza, desesperanza, insatisfacción y desinterés generalizado por casi todo a su alrededor. Se muestra el proceso de evaluación realizado, orientado principalmente a las conductas problemáticas que presentaba la paciente, se le diagnosticó F34.1 trastorno depresivo persistente (distimia) (300.4) según criterios DSM-V. Basado en una orientación cognitivo-conductual, se muestra el proceso de intervención desarrollado, donde en un principio se realizó la psicoeducación de la paciente, la reestructuración

cognitiva se enfocó esencialmente en las preocupaciones del ámbito académico, así como a estructurar creencias irracionales, sesgos cognitivos y el estilo atribucional, teniendo como resultados cambios en las emociones y la conducta de la paciente, se la entrenó en respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson, y en resolución de problemas; se le enseñó técnicas para reducir el estrés: ejercicio físico y adecuada planificación y distribución del tiempo. Según la evaluación pre y post-tratamiento, se obtuvo resultados positivos.

El artículo de revisión “La distimia en el contexto clínico” realizado por Jiménez-Maldonado, M., Gallardo-Moreno, G., Villaseñor-Cabrera, T., González-Garrido, A. (2013), se recopila y analiza a la distimia desde diferentes perspectivas: histórica, epidemiológica, etiológica y clínico, con el propósito principal de contribuir a una discusión más integral sobre el conocimiento que tenemos de esta. La elevada comorbilidad de la distimia con otros desórdenes psiquiátricos y su poca estabilidad clínica con el paso del tiempo, han desencadenado un intenso debate sobre la necesidad de mantener el diagnóstico de distimia como una entidad nosológica única, o considerarlo, como una etapa evolutiva más del trastorno depresivo mayor. Como la distimia afecta el adecuado desenvolvimiento emocional de los pacientes, la psicoterapia es utilizada como tratamiento, específicamente las terapias cognitiva, conductual, cognitivo-conductual, interpersonal, psicodinámica y de apoyo, estas diferentes modalidades ayudan en la mejoría de síntomas como la anhedonia, la incapacidad para

experimentar o percibir situaciones positivas entre otros, además de ayudar al paciente a con el aprendizaje de estrategias de afrontamiento adecuadas.

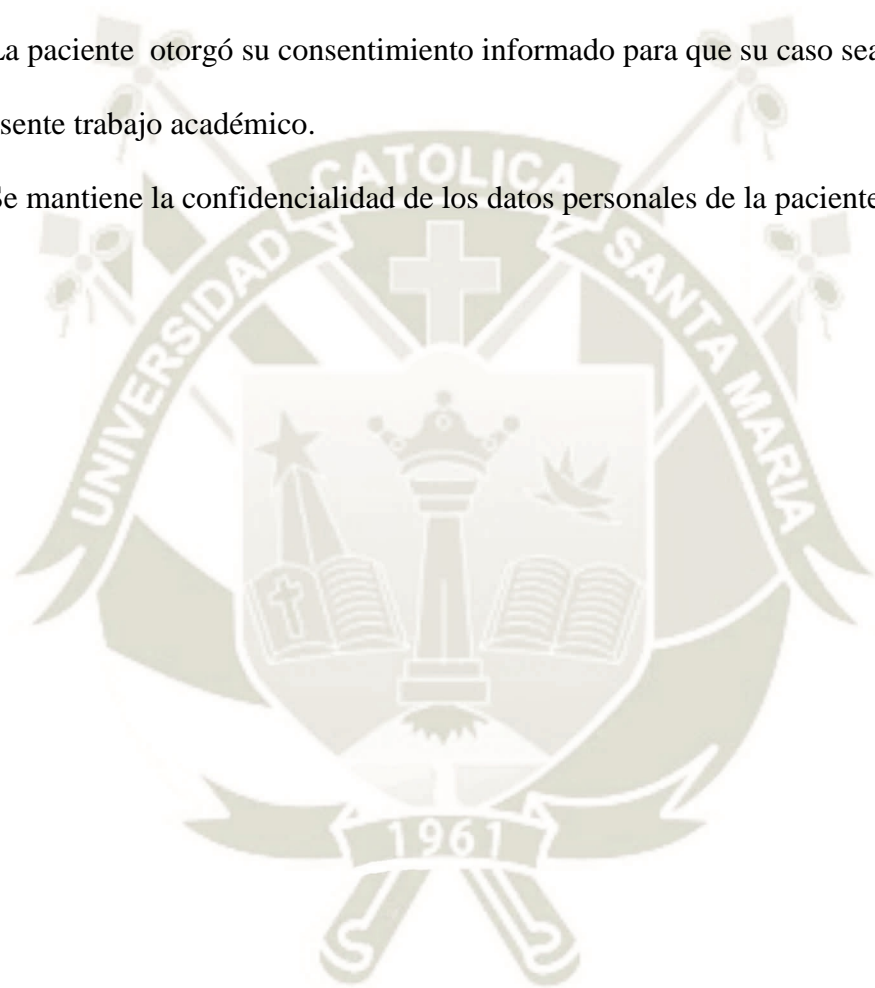
En “Distimia: estudio descriptivo y rasgos de personalidad” realizado por S. Ocio y G. Fernández (1994) se exponen los resultados de una investigación sobre una muestra de 40 pacientes, diagnosticados siguiendo criterios CIE- 10. Los datos en que se centró el estudio son: socio demografía, antecedentes de trastorno psiquiátrico, clínicas y rasgos de personalidad. Los resultados destacan el carácter moderado de la sintomatología distímica, su frecuente asociación a lo largo de la evolución con otro trastorno depresivo, y la existencia de unos rasgos de personalidad predominantes en este tipo de pacientes, se trata de personas con poca estabilidad emocional, escrupulosas, conscientes, moralistas, tímidas, aprensivas, inseguras, tensas, frustradas y con gran ansiedad. En resumen, el estudio afirma que la distimia es un trastorno depresivo que se es mejor definir fundamentalmente por el tiempo de evolución (más que por la gravedad de los síntomas), y suele aparecer en forma más frecuente en personas con los marcados rasgos de personalidad anotados previamente, además las mujeres muestran mayor proclividad a reconocer la sintomatología.

### **La Ética en la Intervención Psicoterapéutica.**

La paciente fue informada adecuadamente sobre la terapia cognitivo- conductual así como de los alcances y expectativas del tratamiento.

La paciente otorgó su consentimiento informado para que su caso sea presentado en el presente trabajo académico.

Se mantiene la confidencialidad de los datos personales de la paciente.



## Capítulo II. Marco Metodológico

### Caso Clínico Psicológico

#### *Datos personales*

L. es una mujer de 28 años, nació en Lima pero vive en Arequipa desde los 3 años de edad. Al momento de la primera entrevista se encontraba en 7mo semestre de la carrera de Administración de Empresas en una universidad de la ciudad. Actualmente vive con su madre y su hermana menor.

#### *Motivo de consulta*

La paciente recurre a consulta porque manifiesta sentirse sin ánimos, angustiada, decaída y con una visión pesimista de su futuro, “no tengo ganas de hacer nada”, esto desde hace 3 años, y considera que lleva demasiado tiempo sintiéndose así y que está empezando a acostumbrarse a estar siempre de esa manera y eso le asusta. Tiene miedo de que su estado de ánimo afecte su motivación para continuar estudiando en la universidad.

#### *Historia del problema, análisis y evolución*

L. vive con su madre, su hermana de 26 años está casada y vive con su esposo en otro domicilio, su madre tiene un negocio propio (venta de muebles), su padre vive en Lima. Sus padres se divorciaron cuando L. tenía 10 años, la relación con su padre no es muy cercana, se comunican una vez al mes aproximadamente.

L. recuerda que siempre era callada desde niña, nunca se sintió el “alma de la fiesta”, pero disfrutaba jugar con sus amigas o con su hermana, y se sentía tranquila jugando sola en su casa. Era obediente y nunca tuvo problemas de conducta, incluso

algunas veces le decían que era demasiado callada. Desde hace 3 años empezó a sentirse decaída sin ánimos además siempre tuvo serias dudas sobre la carrera a estudiar y se considera demasiado indecisa, le cuesta mucho tomar decisiones incluso las más simples, la mayoría de veces, suele estar poco comunicativa y callada. No disfruta de las fiestas o las actividades que otras personas de su edad disfrutan, se suele sentir extraña a veces porque no tiene entusiasmo ni ganas de hacer cosas nuevas. El divorcio de sus padres le causo tristeza y desde entonces refiere que le cuesta confiar en las personas, en especial las que podrían ser potenciales parejas. Le cuesta plantearse metas a futuro porque piensa que no tiene sentido hacerlo. Al terminar el colegio se preparó para postular a la universidad pero no logro ingresar durante dos años, esto la desánimo y decidió estudiar la carrera técnica Diseño de Interiores, interrumpiendo sus estudios a los 3 meses porque “no le gustaba”, luego volvió a postular a la universidad logrando ingresar.

En la universidad tuvo que repetir algunos cursos pues le costaba mucho entender las materias, pero siempre asiste a clases y estudia para sus exámenes, tiene 2 amigas cercanas y no tiene pareja sentimental desde hace 4 años, tampoco le entusiasma la idea de tener pareja o formar una familia a futuro, manifiesta que a veces la invitan a salir algunos chicos, pero ella no acepta porque prefiere quedarse en su casa durmiendo o leyendo. Manifiesta que si un chico la conoce mejor, seguramente ya no querrá tener una relación de pareja con ella, pues se considera a sí misma “aburrida y poco interesante”.

En su tiempo libre lee y escribe historias, no se considera religiosa, hace mucho tiempo que no asiste a misa, ni tampoco ha tenido ningún interés en acercarse a la religión. No hace actividad física con regularidad y su apetito no ha sufrido variaciones.

No se considera a sí misma una persona deprimida pero manifiesta llorar algunas noches cuando está sola en su cuarto. Algunos días tiene dolores de cabeza, sobre todo cuando se pelea con su madre que le dice que debería ser “más activa”, “salir a la calle”, “planear su futuro”, además su madre también le dice que “siempre la ve triste” y “desganada” y que “las personas de su edad no deberían ser así.”

### ***Historia del desarrollo de la persona***

L. nació por parto natural, sin complicaciones. Manifiesta que vivió una infancia tranquila, jugaba con su hermana y salía a pasear con sus padres, o a veces visitaba a familiares.

Según L, siempre la consideraron una niña tranquila, obediente, que no “daba problemas” de fácil sueño, y que siempre prefería quedarse en casa antes de salir a jugar con sus amigas. Su hermana por el contrario era más activa y extrovertida.

Cuando entro a nivel inicial tuvo dificultades en adaptarse pues no quería separarse de su madre, y lloró el primer día de clases, posteriormente se acostumbró pero manifiesta que los demás niños hacían mucha bulla y era muy bruscos con sus juegos y eso la asustaba.

En la primaria fue una alumna promedio, tenía amigas con las que jugaba en los recreos, asistió a varios cumpleaños a los que fue invitada y manifiesta que si le resultaba divertido y jugaba con sus amigas, a veces lloraba cuando veía alguna película triste. Siempre notaba que sus compañeras tenían más energía y más entusiasmo, mientras ella era más tranquila. Junto con su hermana asistió a clases de danza, pero L. no las disfrutaba mucho según refiere. Siempre estudio en colegio de mujeres.

En la secundaria siguió manteniendo sus amistades de la primaria y cuando recibía invitaciones a cumpleaños asistía a algunas y a otras no porque no le gustaba mucho las fiestas de jóvenes, “había mucha bulla y mucho alcohol”, nunca tuvo problemas de mal comportamiento, y sacaba notas aprobatorias en sus clases. Su hermana salía mucho más con amigas y siempre le decía que ella era “aburrída” porque no quería salir.

A los 7 años se da cuenta de la diferencia de sexos, y se sintió atraída por una persona del sexo opuesto a los 13 años por primera vez. Se presentó la menarquia a los 12 años. Tuvo su primer enamorado a los 19 años estando en una academia pre universitaria con el cual inicia su vida sexual, la relación duro 1 año. Actualmente no tiene vida sexual activa.

Empezó la universidad a los 24 años, y desde entonces estudia y esporádicamente trabaja en el negocio de su madre, sobretodo en vacaciones o cuando tiene más tiempo libre. Los últimos dos años le está costando mucho más concentrarse en sus estudios y nota que cada vez tiene menos ganas de compartir tiempo con amistades, y rara vez sale a alguna fiesta o reuniones con amigas. Y le molesta sentir que no tiene entusiasmo por nada.

Se lleva mejor con su madre que con su padre, con quien la comunicación no es frecuente, desde que su padre se fue de la casa, hablan una vez al mes o a veces cada dos meses. Tiene una buena relación con su hermana, aunque ya no viven en la misma casa se siguen comunicando todos los días por teléfono o mensajes, según refiere la paciente.

Durante el día estudia o ayuda a su madre, siempre está realizando actividades en casa o tareas de la universidad, pero siente que no le ve mucho sentido a lo que hace, no ve un futuro y decidió estudiar administración porque su madre le sugirió que debería hacerlo así la ayudaría con el negocio familiar, sin embargo L. no sabía que estudiar cuando llegó el momento de postular a una carrera, no sentía que era buena en nada, y nada le gustaba verdaderamente.

Sigue estudiando porque “tiene que ser profesional”, pero no disfruta ir a la universidad, según manifiesta, “no me sentí muy a gusto en esa carrera, pero tampoco sabía qué otra cosa hubiera podido estudiar”. Tiene pensamientos de que “no sirve para nada”, “de nada sirve lo que hago”, “siempre tengo mala suerte”.

### **Evaluación conceptualizada de la persona y sus problemas**

#### ***Evaluación clínica conductual***

##### **Análisis funcional de la conducta**

##### ***Identificación de las áreas problemáticas***

Fisiológico: Sueño excesivo

Dolor de cabeza

Emocional: Angustia

Agobio

Desgano , apatía

No disfruta asistir a la universidad

No tiene ganas de salir con gente

Cognitivo: Pensamientos de “no sirvo para nada”, “siempre tengo mala suerte”, “soy una carga para los demás”, “nadie querrá ser mi pareja”, “no sirvo para estudiar en la universidad”

Motor: Llanto en la cama  
Prefiere quedarse en casa  
Se encierra en su habitación

Social: Aislamiento

***Antecedentes (Estímulo Incondicionado – Condicionado)***

Estímulo Incondicionado	⇒	Respuesta Incondicionada
-Tristeza		Llanto
-Angustia		

Estímulo condicionado	⇒	Respuesta condicionada
-Quedarse en casa sin ir a la universidad		Pensamientos negativos recurrentes: “no sirvo para nada”, “siempre tengo mala suerte”, “soy una carga para los demás”, “nadie querrá ser mi pareja”, “no sirvo para estudiar en la universidad”
-No salir con sus amistades		Angustia, agobio
-Encerrarse en su habitación		Llanto
-No hacer las tareas de la universidad		

***Consecuentes de Respuestas Operantes (Aprendizaje por condicionamiento operante)***

Ed	⇒ C	Er
Estímulo desencadenante	⇒ Conducta o respuesta	Estímulo reforzador
Pensamientos negativos recurrentes: “no sirvo para nada”, “siempre tengo mala suerte”, “soy una carga para los demás”, “nadie querrá ser mi pareja”, “no sirvo para estudiar en la universidad”	No tener iniciativa Dificultad en tomar decisiones Déficit en habilidades sociales Poca habilidad en solución de problemas Llanto Dolor de cabeza	No tener que lidiar con los problemas No enfrentar emociones desagradables No enfrentar cuestionamientos de familia, amigos.

***Instrumentos aplicados***

Inventario de Depresión de Beck (BDI- II) (Beck, A., Steer, R., y Brown, G. 2011) obteniendo como resultado 18, que es indicativo de Depresión Leve.

También se le aplica el MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) (Millon, 1997) para evaluar su personalidad, obtuvo puntuaciones significativas en las escalas: Esquizoide 105; Distimia 103 y Compulsivo 103.

En la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) el puntaje obtenido fue 18 el cual refleja una Baja Autoestima, y en la Escala de Habilidades Sociales (A. Goldstein, 1978) obtuvo Bajo nivel de Habilidades Sociales en general 60 y específicamente en el Grupo 6: Habilidades de planificación, fue en donde obtuvo el puntaje más bajo 47.

Cuestionario de Pensamientos Automáticos ATQ (30) Hollon y Kendall (1980). Adaptado y traducido por Cano y Rodríguez (2002). La paciente obtuvo como puntaje 119 que indica nivel alto de pensamientos automáticos disfuncionales.

### ***Impresión diagnóstica***

Paciente de 28 años, con personalidad retraída, poco sociable, baja autoestima, distante emocionalmente, además manifiesta bajo nivel de habilidades sociales, falta de entusiasmo y además presenta falta de metas, y no tiene objetivos a largo plazo. Sintomatología principal es angustia y desmotivación. La paciente tiene un diagnóstico de Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) F34.1.

### **Plan de Tratamiento**

El tratamiento se realizó en 15 sesiones, cada sesión tuvo una duración de 45 a 60 minutos. Las primeras 8 sesiones se dieron con una frecuencia semanal, desde la sesión 9 hasta la sesión 14 se realizaron cada dos semanas, y la última sesión se realizó luego de 3 semanas.

*Estructura del Programa de tratamiento*

**Tabla 1**

*Sesión Nro. 1*

<b>Componente</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Procedimientos</b>
<b>Cognitivo</b>			
Motivación de la paciente por iniciar la terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Establecer un adecuado Rapport.</li> <li>– Evaluación clínica inicial</li> <li>– Identificación del problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrevista psicológica</li> <li>-Aplicación de pruebas psicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza una entrevista clínica estructurada a la paciente</li> <li>- Paciente respondió los cuestionarios, previamente se le informó el adecuado llenado de los mismos.</li> </ul>

**Tabla 2**

*Sesión Nro. 2 y 3*

<b>Componente</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Procedimientos</b>
<b>Cognitivo</b>			
Conciencia de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Brindar información sobre la terapia cognitivo conductual y el desarrollo del plan de tratamiento</li> <li>– Informar y educar sobre la distimia.</li> </ul>	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se le informó a la paciente en forma verbal sobre sus padecimientos y de qué manera se llevará a cabo la terapia.</li> <li>- Se le envió material informativo a su correo electrónico para que pueda leerlo en su casa.</li> </ul>

**Tabla 3**

*Sesión Nro. 4 y 5*

Componente	Objetivos	Técnicas	Procedimientos
Específicos			
<b>Cognitivo</b>			
Pensamientos negativos recurrentes: “siempre tengo mala suerte”, “soy una carga para los demás”,	– Reducir distorsiones cognitivas	-Psicoeducación  -Técnica de auto registro  -Reestructuración cognitiva	-Se le explicó el ABC de la Terapia Cognitivo Conductual , las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos negativos -Recibió entrenamiento en técnica de auto registro para desarrollar un Cuaderno de pensamientos -En base a los auto reportes de la paciente, se identificó los pensamientos negativos y se analizó dichos pensamientos buscando alternativas de pensamientos.

**Tabla 4**

*Sesión Nro. 6, 7, 8 y 9*

Componente	Objetivos Específicos	Técnicas	Procedimientos
<b>Cognitivo</b>			
Pensamientos negativos recurrentes:  “no sirvo para nada”, “nadie querría ser mi pareja”	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducir distorsiones cognitivas</li> <li>– Mejorar autoestima</li> <li>– Mejorar habilidades sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicoeducación</li> <li>-Técnica de auto registro</li> <li>-Reestructuración cognitiva</li> <li>-Entrenamiento en habilidades específicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-En base a los auto reportes de la paciente, se identificó los pensamientos negativos y se analizó dichos pensamientos buscando alternativas de pensamientos.</li> <li>-Se enseñó a la paciente a centrarse en los positivo, y no compararse con los demás</li> <li>-Se entrenó a la paciente en comunicación asertiva, negociación, capacidad para comunicar sus sentimientos y emociones.</li> </ul>

**Tabla 5**

*Sesión Nro. 10*

<b>Componente</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Procedimientos</b>
<b>Conductual</b>			
Dejar de hacer cosas que antes disfrutaba	-Realizar actividades que producen disfrute	- Desarrollar lista de actividades a realizar  - Registro de actividades realizadas	- Se programó actividades que disfruta la paciente para ser realizadas durante la semana  -Registro de actividades junto con una calificación del nivel de agrado sentido del 1 al 3

**Tabla 6**

*Sesión Nro. 11 y 12*

<b>Componente</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Procedimientos</b>
<b>Emocional</b>			
-Angustia por su situación académica	-Aprender a planificar y gestionar el tiempo de manera adecuada	-Estrategias de planificación y gestión efectiva del tiempo.  -Lidiar con la procrastinación.	-Se asignó tareas en forma gradual, que iban desde una complejidad leve a mayor  -Se le enseñó a llevar un planificador semanal.

	-Desarrollar un plan de vida		-Se elaboró junto con la paciente una hoja de ruta para poder desarrollar su plan de vida.
			-Enseñar a la paciente a felicitarse cuando logre alcanzar sus metas propuestas.
			-Desarrolló una lista de actividades agradables a ejecutar para desviar la atención.
-Llorar en la cama	-Aprender a lidiar con emociones desagradables	Técnicas de distracción	

**Tabla 7**

*Sesión Nro. 13*

<b>Componente</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Procedimientos</b>
<b>Fisiológico</b>			
Dolor de cabeza	- Reducir síntomas físicos y aprender a controlar el estrés	-Psicoeducación  -Técnicas de relajación	Se entrenó a la paciente en la Relajación muscular progresiva de Jacobson

**Tabla 8**

*Sesión Nro. 14 y 15*

<b>Cierre del Proceso Terapéutico</b>		
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Procedimientos</b>
– Prevención de recaídas y evaluación post-tratamiento	-Psicoeducación -Aplicación de pruebas post-tratamiento	-Repaso de estrategias aprendidas -Elaboración de una lista de estrategias que podrían utilizarse en caso sea necesario -Se resolvió dudas que pudieran presentarse.

### **Descripción de las técnicas utilizadas en el tratamiento**

**Psico-educación.** Explicación con base científica sobre el funcionamiento del problema, con el objetivo de que L. entienda qué es la distimia, sus síntomas y la manera en que estos se manifiestan. También se le explicó cómo funciona la terapia cognitivo conductual y que expectativas se puede tener del tratamiento a corto, mediano y largo plazo. Se le envió a su correo personal información conteniendo manuales informativos sobre la depresión, y sobre cómo funciona la terapia cognitivo- conductual para que pueda leerlos en su casa y las dudas que tenga puedan ser resueltas en la próxima sesión.

***Entrenamiento en respiración abdominal y relajación muscular progresiva.***

Para enseñar a la paciente a respirar de modo diafragmático, y también a identificar las señales de estrés. Con esta técnica la paciente debió aprender como centrar su atención en las sensaciones de tensión y distensión de los cuatro grupos musculares con el objetivo de alcanzar una desactivación fisiológica. Se le enseñó a escoger el lugar adecuado para poder realizar el ejercicio de respiración, además del procedimiento adecuado para lograr una relajación efectiva. Se utilizó como guía el libro *Relajación muscular progresiva* de Jacobson (Schwarz A. y Schwarz A. 2017).

***Reestructuración cognitiva.*** Se enseñó a la paciente como funciona la relación pensamiento-emoción-conducta buscando que logre identificar los procesos cognitivos distorsionados, sustituyéndolos por pensamientos adaptativos. Las técnicas se enfocan en corregir creencias irracionales, sesgos cognitivos y el estilo atribucional, buscando que se produzcan cambios positivos en las emociones y la conducta de la paciente. La paciente tenía un auto registro diario de pensamientos distorsionados, dónde debía anotar: situación, emoción, pensamiento automático, respuesta racional, y resultado. Además debió anotar un pensamiento que reemplace el anterior, esto se dejó de tarea para la casa.

Luego en consulta, se analizó aquellos pensamientos y creencias irracionales o distorsiones cognitivas anotados en el cuaderno. Se adjunta en Anexos el modelo de registro diario de pensamientos distorsionados que se le entregó a la paciente.

***Entrenamiento en habilidades sociales,*** se utilizó el esquema de entrenamiento en habilidades sociales establecido por Vicente E. Caballo. En donde en un primer paso se evalúa a la situación, luego se experimenta con nuevas situaciones y conductas en

situaciones de práctica, se evalúa la conducta y al final se pone en práctica lo aprendido en la vida real. Se adjunta modelo en Anexos.

***Técnicas para desarrollar una adecuada Autoestima y Autoconcepto.*** Se le enseñó lo importante que es la autoestima y como trabajar en ella, identificando sus propias fortalezas, perdonándose a sí misma, apreciando sus logros personales, planteándose objetivos realistas. Se proporciona libros sobre autoestima como: “Enamórate de Ti” de Walter Riso, y el “Cuaderno de ejercicios para aumentar la autoestima” de Rosette Poletti y Barbara Dobbs.

***Técnicas de distracción.*** Son técnicas que nos ayudan a cambiar nuestro foco de atención, de forma voluntaria, desde nuestros pensamientos y sensaciones hacia otro estímulo para de esta forma no prestar atención a los estímulos internos cuando hacer esto no modifica o soluciona el problema que podría desencadenar llanto y/o angustia. Para poder realizar este cambio de atención, tenemos que seleccionar una tarea en la que concentrar nuestros sentidos. Se estableció que actividades realizar en base a las necesidades, rutina y actividades cotidianas de la paciente. Por ejemplo: leer, hablar con una amiga cercana, hacer crucigramas, ordenar la habitación, dar un paseo, cocinar, hacer ejercicio.

***Planificación y gestión del tiempo.*** Se le enseñó a la paciente técnicas para tener una adecuada organización del tiempo y actividades, llevar una agenda, realizar un horario de las tareas a cumplir. Aprender a dar un orden de prioridad a las actividades.

Diferenciar entre lo urgente y lo importante. Dar un tiempo adecuado al estudio y organizarlo adecuadamente. Se le entregó un modelo de horario de tareas a cumplir por semana. Ver Anexos.

### **Diseño para la evaluación de los resultados**

En la fase inicial se evaluó la línea base previa al inicio del tratamiento utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), también se aplica la Escala de habilidades sociales de Goldstein , el MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon), el cuestionario ATQ-30 y la Escala de Autoestima de Rosenberg.; en la fase intermedia se aplica el tratamiento, en la última fase se terminó el tratamiento y se volvió a evaluar a la paciente con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), y se volvió a aplicar la Escala de habilidades sociales de Goldstein, el Cuestionario de pensamientos automáticos ATQ-30, el MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

### **Propuesta del plan de seguimiento**

La paciente L. tuvo dos sesiones de seguimiento, a los 5 meses y luego a los 10 meses. La paciente manifiesta sentirse motivada a culminar su tesis para poder titularse, su rendimiento académico ha mejorado notablemente, logro terminar todos los semestres con notas aprobatorias, además está sobrellevando de manera efectiva los cambios en su rutina como el hecho de realizar clases virtuales en la universidad. Mantiene su plan de vida y está enfocada en sus planes a corto, mediano y largo plazo.

**Tabla 9**

*Logros conseguidos durante el tratamiento*

Objetivos Planteados	Resultado
– Realizar una Evaluación clínica inicial	Conseguido
– Brindar información sobre el diagnóstico y aclarar expectativas de la terapia	Conseguido
– Reestructurar el estado de ánimo negativo y corregir creencias negativas	Conseguido
– Aprender técnicas de relajación	Conseguido
– Mejorar autoestima de la paciente	Conseguido
– Aprender a desarrollar estrategias para resolución de problemas y toma de decisiones	Conseguido
– Mejorar Habilidades sociales	Conseguido
– Desarrollar un plan de vida que sirva como guía	Conseguido
– Prevención de recaídas	Conseguido
– Evaluación post-tratamiento	Conseguido

### **Capítulo III. Aplicación y Resultados del Programa de Intervención**

#### **Objetivos del programa de intervención**

El tratamiento fue realizado en 15 sesiones, con un enfoque cognitivo conductual, en las primeras 3 sesiones se estableció una adecuada relación terapéutica, se realizó la evaluación clínica inicial, se educó a la paciente sobre su diagnóstico y las expectativas de la terapia, se realizó un análisis funcional, ayudando a la paciente a que tome conciencia de la enfermedad.

Desde la sesión 4 hasta la sesión 8 se trabajó en la reestructuración cognitiva, buscando que la paciente desarrolle la capacidad de reconocer y detener sus cogniciones catastrofistas (sobre sí misma, el mundo y su futuro) modificando el diálogo interno y las ideas irracionales, para de esta forma reestructurar el estado de ánimo negativo logrando corregir creencias negativas.

Desde la sesión 9 a las 13, se realizaron actividades para desarrollar recursos y habilidades de afrontamiento, como aprendizaje de técnicas de relajación, planificación y gestión adecuada del tiempo, desarrollo de plan de vida, mejora del autoestima, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en técnicas de relajación y distracción para lidiar con emociones desagradables, aumento de actividades gratificantes.

En las sesiones de la 14 a la 15 se realizó el cierre terapéutico con el objetivo de prevenir recaídas y conservar todo lo aprendido, además se revisaron las metas alcanzadas, se aplicó la evaluación post-tratamiento.

### Descripción de los resultados del programa de intervención

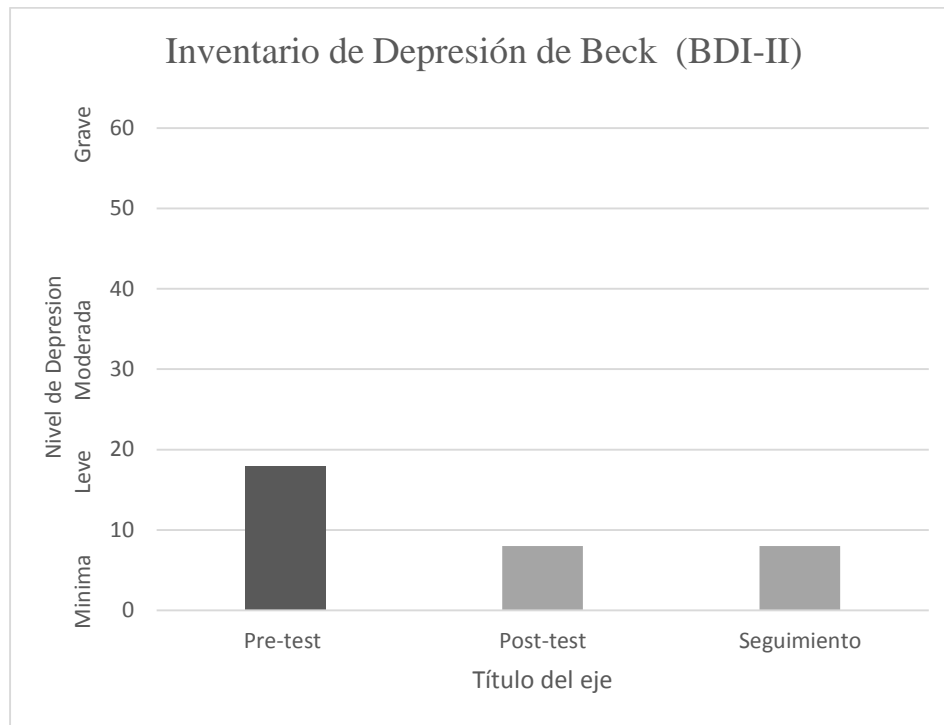


Figura1. *Resultados Inventario de Depresión de Beck*

La paciente L. fue evaluada con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, A., Steer, R., y Brown, G. 2011), obteniendo como resultado 18, que es indicativo de Depresión Leve, luego de haber culminado el tratamiento se aplica de nuevo el mismo instrumento obteniendo como resultado 8 (Nivel mínimo de depresión), logrando entonces reestructurar el estado de ánimo negativo, pues ya no presenta indicadores de depresión. Posteriormente se le vuelve a aplicar el inventario como parte del seguimiento obteniendo nuevamente puntaje 8.

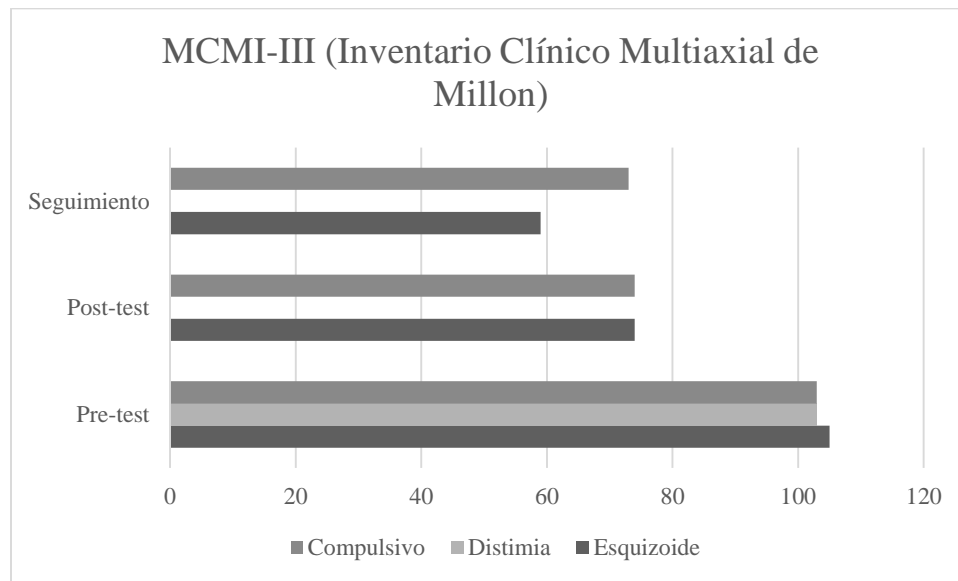


Figura 2. *Resultados MCCI-III*

También se le aplica el MCCI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) (Millon, 1997), para evaluar su personalidad, obteniendo puntuaciones significativas en las escalas: Esquizoide, puntaje 105, que se caracteriza por su falta de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Son personas que suelen ser: “apáticas, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y la persona se convierte en un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como también a sus demandas”; Distimia, puntaje 103, que se traduce en “desánimo, carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad; y en que suele manifestarse en personas que se vieron forzadas a aceptar las condiciones que les imponen los demás y que tienden a establecer elevadas exigencias sobre sí

mismos y los demás.” En Compulsivo obtiene de puntaje 103 que se refleja en su “tendencia a alejarse y evitar situaciones que le provocan disgusto”, limitando la actividad global de L. Todo esto coincide con lo ya expresado por la paciente en las entrevistas.

Como resultados en el post-test se obtiene de puntaje en Esquizoide: 74, en Distimia: 0 y en Compulsivo 74, por lo tanto ya no son indicadores que sean considerados elevados. En la evaluación de seguimiento se obtuvo: Esquizoide 59, Distimia 0, y en compulsivo 73. Siguen sin ser considerados indicadores elevados.

Se logró corregir las creencias negativas sobre sí misma y las situaciones que se le presentan, esto se ve reflejado en el puntaje 0 obtenido en el post test en Distimia, pues la paciente dejó de tener expresiones donde se calificaba a sí misma como “inútil” o ser una “carga para los demás”, además ya no presenta carencia de iniciativa, pues ha iniciado diversos proyectos a nivel académico y personal, esto es indicativo de su gran mejora en la capacidad de tomar decisiones por sí misma logrando alcanzar un grado de motivación y autoconfianza que le permitirá proponerse nuevos planes en un futuro. La paciente ahora es capaz de solucionar situaciones problemáticas por sí misma en vez de alejarse y evitarlas, esto se ve reflejado en el puntaje 74 obtenido en Compulsivo.

El entrenamiento en técnicas de relajación también influyó en el cambio en la respuesta de la paciente frente a situaciones desagradables, pues aprendió a relajarse para luego poder enfrentar las situaciones con más calma y no dejarse controlar por emociones negativas, viéndose reflejado esto también en el puntaje 74 en Compulsivo.

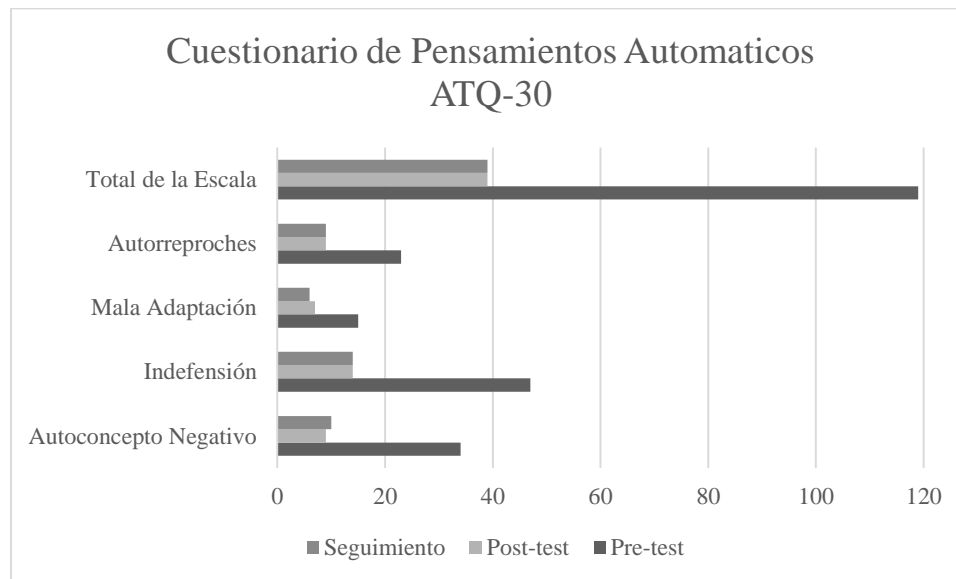


Figura 3. *Resultados Cuestionario de Pensamientos Automáticos ATQ-30*

En el Cuestionario de Pensamientos Automáticos ATQ (30) de Hollon y Kendall (1980). Adaptado y traducido por Cano y Rodríguez (2002). La paciente obtuvo como puntaje 119 en el pre-test, que indica nivel alto de pensamientos automáticos disfuncionales. Al finalizar el tratamiento obtuvo como puntaje 39 que indica nivel bajo de pensamientos automáticos disfuncionales, obtuvo el mismo puntaje 39 en la evaluación de seguimiento. Es evidente entonces que la paciente L. logró modificar sus distorsiones cognitivas, asimismo aprendió a controlar sus pensamientos disfuncionales negativos.

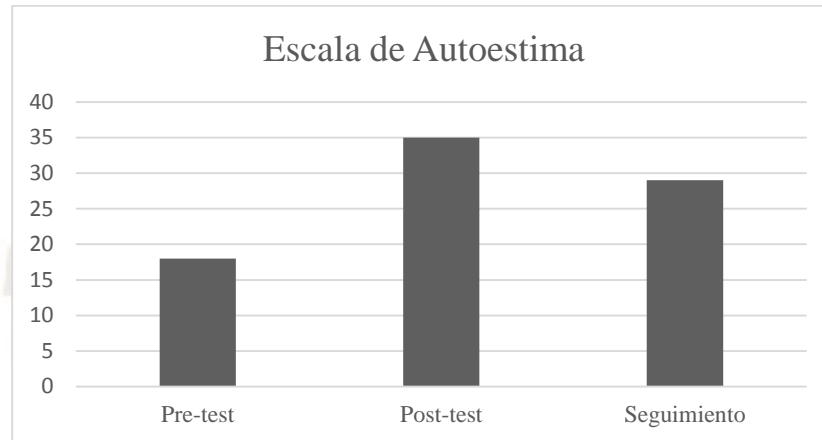


Figura 4. *Resultados Escala de Autoestima*

En la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) el puntaje obtenido fue 18 el cual refleja una Baja Autoestima. En la evaluación post-test obtuvo un resultado de 35 que refleja una Autoestima Elevada, y en la evaluación de seguimiento obtuvo un resultado de 29, es decir Autoestima Media. De esta forma la paciente logró una mejora en su nivel de autoestima, logrando así desarrollar una visión positiva de sí misma y de sus capacidades.

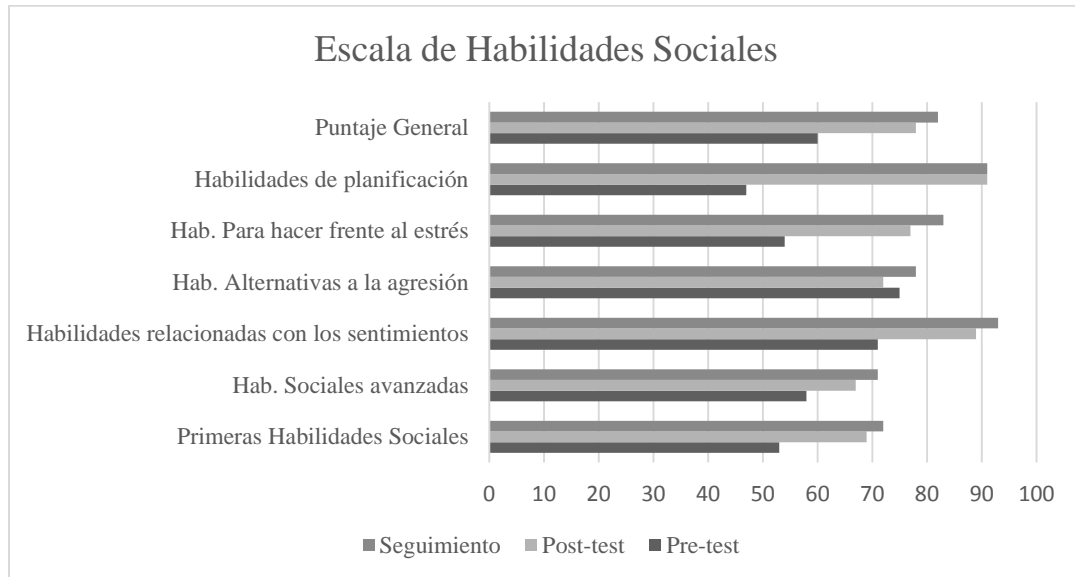


Figura 5. *Resultados Escala de Habilidades Sociales*

Escala de Habilidades Sociales (A. Goldstein, 1978) obtuvo el puntaje de 60, que se traduce en Bajo nivel de Habilidades Sociales en general y específicamente en Habilidades de planificación., fue en donde obtuvo 47, siendo el puntaje más bajo. En el post-test en la evaluación general obtuvo de puntaje 78 siendo Normal, y en Habilidades de planificación obtuvo un puntaje de 91, que se considera Normal. En todas las categorías obtuvo puntajes que se encuentran consideradas Normales. En la evaluación de seguimiento obtuvo 82 en puntaje general, siendo considerada Normal, y en Habilidades de planificación obtuvo 91 que se encuentra dentro de Normal. En todas las categorías obtuvo resultados que son considerados con puntajes Normales. De esta forma la paciente logro desarrollar habilidades sociales para una mejor desempeño en su cotidianidad, además parte de esas habilidades adquiridas le permitirán planificar por si misma sus metas futuras, esto tiene relación directa con el planteamiento y desarrollo del Plan de vida que la paciente tiene para sí misma en la actualidad.

## **Análisis y discusión de los resultados**

La paciente L. después de terminado el plan de tratamiento dejó de presentar síntomas del trastorno depresivo persistente (Distimia), aprendió a identificar sus cogniciones distorsionadas, además mostró una gran mejora en sus estrategias de afrontamiento, presenta mayor control emocional, es capaz de plantearse metas a futuro y organizar su vida para poder cumplirlas, también aprendió y desarrollo habilidades sociales. Su autoestima se incrementó. Aún existen situaciones nuevas que debe enfrentar pero ahora pone en práctica las estrategias aprendidas para poder comunicar sus miedos y pedir ayuda cuando sea necesario, y se siente capaz de sobrellevar los nuevos retos que se le presenten. Según manifiesta L “se siente satisfecha con su forma de actuar y todo lo aprendido”. Por lo tanto se logró alcanzar los objetivos propuestos al empezar el tratamiento, y coincide con Carro y Sanz (2015) quienes nos dicen que:

Según el Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993), “los programas para la depresión que cuentan con suficiente apoyo empírico como para ser considerados tratamientos bien establecidos son la Terapia de Conducta (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985), la Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Sacco & Beck, 1995) y la Terapia Interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984)”. (pp. 43-49)

La paciente L. la cual mostro resultados positivos, con la terapia cognitivo-conductual logrando aprender a identificar aquellas ideas distorsionadas que le impedían

tener una visión realista de sí misma y de su situación, de esta forma se logró que mejorara notablemente su calidad de vida, sus síntomas físicos como dolores de cabeza desaparecieron, además también mejoró su desenvolvimiento social, logrando mejorar sus vínculos con la familia y con amistades, esto le dio mayor satisfacción y motivación para seguir con la terapia hasta su finalización y se planteó metas nuevas a nivel académico. Entonces es de vital importancia el utilizar terapias, como en este caso la terapia cognitivo-conductual, que cuenten con respaldo científico comprobado para que se pueda lograr los objetivos esperados.

Por su parte Ocio y Fernández (1994) nos dicen que “la distimia es un trastorno depresivo que se debería definir fundamentalmente por el tiempo de evolución más que por la severidad de la sintomatología”, y además citan a Tyrer Y Alexander (1988) quienes sostienen que “la distimia aparece con mayor frecuencia en personas con marcados rasgos de personalidad que muestran sentimientos de inutilidad, timidez, reserva, sensibilidad y rectitud, y lo describen mejor como un trastorno distímico de personalidad, si la situación se ha extendido durante muchos años y en algunos casos a lo largo de la vida adulta” (pp. 259-266).

Los rasgos de personalidad descritos en la investigación previa coinciden con los rasgos de personalidad de L. quien durante muchos años de su edad adulta presentó sintomatología correspondiente a distimia, al punto que su calidad de vida y sus metas profesionales se estaban viendo afectadas. Conforme la paciente fue aplicando en su vida lo aprendido en las sesiones del tratamiento, fueron disminuyendo sus síntomas de

distimia, al corregir sus distorsiones cognitivas, mejorar sus habilidades sociales y desarrollar su autoestima eliminó aquellos sentimientos de sentirse poco útil, mejoró su sociabilidad, su relación familiar y también su rendimiento académico.

La paciente además logro alcanzar el objetivo de aprender a identificar aquellas cogniciones, afectos y comportamientos que daban origen al trastorno depresivo persistente, para esto primero debió tomar plena conciencia de su enfermedad, y lo logro, sirviéndole esto de base para poder continuar y persistir en el tratamiento, L. acepto los nuevos aprendizajes y los asumió como parte de su cotidianidad y de su vida, entendió la importancia de seguir el tratamiento, aplicar las técnicas, y además, es consciente que la distimia suele ser crónica y que siempre tiene que estar atenta a reconocer cualquier síntoma o recaída a lo largo del tiempo, estos resultados muestran apoyo a lo sostenido por Blanco, J. (2013) quien nos dice que:

“Es importante que el paciente desarrolle una conciencia de su enfermedad para contribuir en su propia mejoría, además esto también repercute en la capacidad de adecuación a los nuevos roles que deberán ser asumidos. Participar en forma proactiva frente al reconocimiento del problema y la asimilación de las nuevas pautas a seguir, adoptándolas como un nuevo estilo de vida, más que como simples recomendaciones que se deben acatar, consiguiendo una repercusión significativamente positiva, obteniendo favorables resultados” (p.50).

A la paciente L. le resultaba muy difícil tomar decisiones, y sobretodo no se sentía capaz de resolver los problemas que se le pudieran presentar, mostraba mucha indecisión

incluso en situaciones simples y cotidianas de su vida cotidiana y prefería no lidiar con ello. Beck, A. et al. (1983) nos dicen que “cuando el terapeuta trabaja sobre la indecisión del paciente, debe lograr que éste se dé cuenta de que solamente existen soluciones parciales, pero que el efecto acumulativo de varias soluciones parciales puede resolver el problema”, además debe dejar de sentirse culpable por cometer errores en las decisiones que haya tomado. Esto coincide con lo alcanzado con la paciente, logrando que L. aprendiera y aplicara en su vida las estrategias de resolución de problemas y toma de decisiones aprendidas durante las sesiones.

La mejora de la autoestima y habilidades sociales en L. junto con su actual ausencia de sintomatología correspondiente a distimia, coincide con la investigación de García, S. (2019) quien cita a Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007) quienes sostienen que:

“La autoestima se es uno de los principales indicadores de bienestar psicológico y se ha mostrado que la alta autoestima personal y social puede ser considerada un factor protector de la salud mental” (p.27).

Beck, A. et al. (1983) refieren que “los pacientes pueden aplicar las técnicas de relajación cuando comiencen a enfadarse o sentir emociones negativas”, es por esto que la paciente L. empezó a aplicar las técnicas de relajación aprendidas en las sesiones, esto le ayudo a aprender a lidiar con las emociones negativas, al relajarse podía calmarse y pensar con más tranquilidad y lidiar con emociones desagradables.

L. asistió a sus sesiones de seguimiento mostrando una gran mejoría y entusiasmo, además había implementado nuevas estrategias de resolución de problemas

para poder lidiar con las clases virtuales en la universidad, y con el desarrollo de sus tesis. Pudo comunicar claramente sus temores e incertidumbres, pero sobretodo se sentía capaz de sobrellevar las nuevas situaciones que tenía que enfrentar. Tiene para sí misma un Plan de vida donde refleja sus actuales expectativas y la motivación que tiene para cumplir sus objetivos, así como la confianza que ha desarrollado en su propia capacidad de conseguir sus metas. .

Sin embargo, en el caso de los pacientes diagnosticado con distimia existen diferentes etapas a lo largo de la vida que podrían causar recaídas, siempre se les debe exhortar a que mantengan las estrategias aprendidas y que busquen maneras de mejorarlas, utilizando todo lo aprendido durante el tratamiento. En este caso se coincide con lo manifestado por Beck, A. et al. (1983) observaron que “la frecuencia y gravedad de las recaídas suelen disminuir cuando la frecuencia de las sesiones disminuye en forma progresiva y se llevan a cabo una o dos sesiones de apoyo por año, para que de esta forma la paciente pueda consolidar lo aprendido en la terapia”.

## Conclusiones

**Primera.** La paciente dejó de tener síntomas correspondientes al Trastorno Depresivo Persistente (Distimia), mediante la aplicación de la terapia cognitivo conductual, logrando reestructurar el estado de ánimo negativo.

**Segunda.** Se realizó una evaluación clínica inicial de la paciente como paso previo necesario para llegar al diagnóstico.

**Tercera.** Paciente L. logró tomar conciencia de su enfermedad y de esta forma entendió que era importante seguir el tratamiento en forma adecuada para poder tener un adecuado desenvolvimiento a nivel personal, social, familiar y académico.

**Cuarta.** Se redujeron las distorsiones cognitivas, además la paciente aprendió a utilizar la reestructuración cognitiva y aplicarla en diversas situaciones nuevas.

**Quinta.** La paciente logró desarrollar estrategias para la toma de decisiones y resolución de problemas, aplicándolas en las situaciones donde sea requerido.

**Sexta.** Se mejoró notablemente el nivel de autoestima de la paciente, lo que le dio una nueva motivación para establecerse metas a futuro.

**Séptima.** La paciente desarrolló nuevas habilidades sociales que le ayudaron a mejorar su relación familiar, académica y social.

**Octava.** La paciente aprendió a gestionar el tiempo de manera eficiente, además a plantearse y seguir un plan de vida.

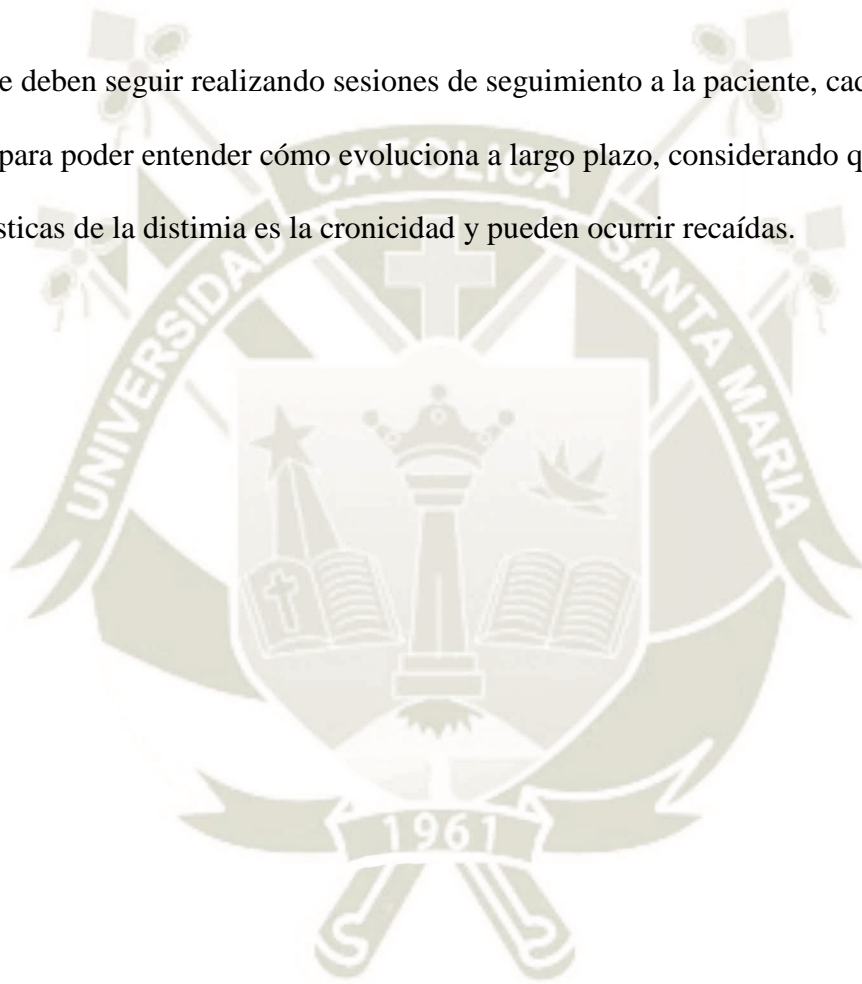
**Novena.** La paciente desarrollo, aprendió y aplico técnicas de relajación, además de estrategias para lidiar con emociones desagradables.

**Décima.** Para evitar recaídas se programaron sesiones de seguimiento a la paciente, a las cuales L. asistió puntualmente.



### Sugerencia

Se deben seguir realizando sesiones de seguimiento a la paciente, cada cierto tiempo, para poder entender cómo evoluciona a largo plazo, considerando que una de las características de la distimia es la cronicidad y pueden ocurrir recaídas.



## Referencias

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (Trad. Editorial Médica Panamericana). Editorial Médica Panamericana. (Trabajo original publicado en 2013).
- Akiskal H. (2001). Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *Journal of Affect Disord.* 62 (1-2) 17-31.  
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00347-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00347-5)
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. (Octubre 2021). *Guía para el tratamiento de personas con depresión*.  
[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/NanniGuiaClinicaDepresion.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/NanniGuiaClinicaDepresion.pdf)
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. (Trad. por Viso, S.). Editorial Desclée de Brower. (Trabajo original publicado en 1979).
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de depresión de Beck-II* (Trad. por Sanz, J. y Vázquez, C.). Pearson. (Trabajo original publicado en 1996).
- Beck, J. (2006). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Blanco, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *Realitas Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1 (2), 46-51.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI de España Editores.

- Carro, C. y Sanz R. (2015) Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 3(1), 43-49.
- Diz, R. (2016) *El abordaje de la depresión desde la terapia cognitiva*.  
[https://www.academia.edu/42894334/El\\_abordaje\\_de\\_la\\_depresi%C3%B3n\\_desde\\_la\\_terapia\\_cognitiva](https://www.academia.edu/42894334/El_abordaje_de_la_depresi%C3%B3n_desde_la_terapia_cognitiva)
- Duran, A. (2018). *El modelo cognitivo conductual aplicado a un caso único con trastorno depresivo persistente*. [Tesis de Maestría, Universidad del Norte].  
Repositorio Universidad del Norte. <http://hdl.handle.net/10584/8308>
- D'Zurilla, T. y Goldfried (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*. 73, 117-126.
- Freeman, A. y Oster, C. (1997). *Terapia cognitiva de la depresión*. España Editores S.A.
- García, S. (2019). *Integración de los modelos Cognitivo-Conductual y Centrado en Soluciones en un caso clínico con diagnóstico en Distimia*. [Tesis de Maestría, Universitas Miguel Hernández.]. Repositorio Universitas Miguel Hernández.  
<http://hdl.handle.net/11000/5898>
- Goldstein, A. (1980). *Lista de chequeo de habilidades sociales (LCHS)*. Projective Way
- Gureje O. (2010). Dysthymia in a cross-cultural perspective. *Current Opinion in Psychiatry*. 24(1) 67-71. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834136a5>
- Hollon, S., y Kendall, P. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383–395.

- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. (s.f.). *La depresión y el suicidio: mitos y creencias*.  
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/006.html>
- Jacobson, E. (1929). *Relajación Progresiva*. Chicago Press.
- Jiménez-Maldonado, M., Gallardo-Moreno, G., Villaseñor-Cabrera, T., González-Garrido, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 42(2), 212-218.
- Millon, T. (1999). *MCMII-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Ministerio de Salud del Perú (Octubre 2021). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión*.  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391413/M%C3%B3dulo\\_de\\_atenci%C3%B3n\\_integral\\_en\\_salud\\_mental\\_dirigido\\_a\\_trabajadores\\_de\\_primer\\_nivel\\_de\\_atenci%C3%B3n.\\_M%C3%B3dulo\\_6\\_\\_la\\_depresi%C3%B3n20191017-26355-1qox3lw.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391413/M%C3%B3dulo_de_atenci%C3%B3n_integral_en_salud_mental_dirigido_a_trabajadores_de_primer_nivel_de_atenci%C3%B3n._M%C3%B3dulo_6__la_depresi%C3%B3n20191017-26355-1qox3lw.pdf)
- Morocho, G. (2018) *Análisis semiológico de la distimia, tomando como referencia los manuales de diagnóstico DSM-IV y CIE 10*. [Tesis de Pregrado. Universidad Técnica de Machala]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12277>
- Ocio, S. y Fernández, G. (1994) Distimia: estudio descriptivo y rasgos de personalidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 14 (49) ,256-266.

- Otero, J., Alés, A., & Vucínovich, N. (2015). Grupos de alta para pacientes con distimia crónica: una propuesta psicoterapéutica orientada al fin de tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (127), 527-540.
- Organización Mundial de la Salud. (2000) *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (Octubre 2021). *Informe sobre la salud en el mundo*. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (Octubre 2021). *Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf)
- Rosenberg, M. (1995). *Escala de Autoestima*. (Trad. Echeburua, E.). Editores Martínez Roca. (Trabajo original publicado en 1965)
- Seligman, M. (1981). *Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Debate.
- Schwarz A. y Schwarz A. (2017). *Relajación muscular progresiva de Jacobson*. Hispano Europea.
- Vargas, M., Talledo L., Heredia P., Quispe S., Mejía C. (2018). Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Revista Elsevier* 47 (1), 32-36.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.008>

## Anexos

### Anexo Nro 1

*Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, A., Steer, R., y Brown, G. 2011).*

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

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

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

1. **Tristeza**  
0 No me siento triste.  
1 Me siento triste gran parte del tiempo  
2 Me siento triste todo el tiempo.  
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. **Pesimismo**  
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.  
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.  
2 No espero que las cosas funcionen para mi.  
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. **Fracaso**  
0 No me siento como un fracasado.  
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.  
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.  
3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. **Pérdida de Placer**  
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.  
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.  
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.  
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. **Sentimientos de Culpa**  
0 No me siento particularmente culpable.  
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

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

**7. Disconformidad con uno mismo.**

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

**8. Autocrítica**

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

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

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

**10. Llanto**

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

**11. Agitación**

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

**12. Pérdida de Interés**

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

**13. Indecisión**

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

**14. Desvalorización**

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

**15. Pérdida de Energía**

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

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

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

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

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

hacer.

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

hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

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

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

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

---



## Anexo Nro 2

### *MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) (Millon, 1997)*

Este cuestionario es para responder, verdadero falso y si en alguna pregunta tienes dificultad, porque podrían ser las dos y tienes dudas en definir la respuesta, responde con una x.

Un cordial saludo.

#### **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

- 41.Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
- 42.Soy una persona muy agradable y dócil.
- 43.La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
- 44.No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
- 45.En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
- 46.Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces entorpece mi trabajo.
- 47.Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
- 48.Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 49.Soy una persona tranquila y temerosa.
- 50.Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 51.Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
- 52.Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 53.Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 54.Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
- 55.No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
- 56.He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
- 57.Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
- 58.Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
- 59.Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 60.Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 61.Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 62.El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 63.Le gusto a muy poca gente.
- 64.Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
- 65.Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
- 66.Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 67.Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
- 68.Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 69.Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
- 70.Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 71.Me siento continuamente muy cansado.
- 72.No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 73.He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 74.Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
- 75.Debermos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
- 76.Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
- 77.Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
- 78.Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
- 79.Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
- 80.Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defendirme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

**POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

- 161. Rara vez me emociono mucho con algo.
- 162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
- 163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
- 164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
- 165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
- 166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
- 167. Ultimamente me siento completamente destrozado.
- 168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
- 169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
- 170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
- 171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
- 172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
- 173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
- 174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
- 175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

**FIN DE LA PRUEBA**

**COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR  
ALGUNA FRASE.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

Anexo Nro. 3

*Escala de Habilidades Sociales (A. Goldstein, 1978)*

**ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (A. Goldstein & col. 1978)**

A continuación te presentamos una tabla con diferentes aspectos de las "Habilidades Sociales Básicas". A través de ella podrás determinar el grado de desarrollo de tu "Competencia Social" (conjunto de HH.SS necesarias para desenvolverte eficazmente en el contexto social). Señala el grado en que te ocurre lo que indican cada una de las cuestiones, teniendo para ello en cuenta:

- 1 Me sucede **MUY POCAS** veces       2 Me sucede **ALGUNAS** veces  
 3 Me sucede **BASTANTES** veces       4 Me sucede **MUCHAS** veces

HABILIDADES SOCIALES		1	2	3	4
1	Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te está diciendo				
2	Hablas con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes				
3	Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos				
4	Clarificas la información que necesitas y se la pides a la persona adecuada				
5	Permites que los demás sepan que les agradeces los favores				
6	Te das a conocer a los demás por propia iniciativa				
7	Ayudas a que los demás se conozcan entre sí				
8	Dices que te gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza				
9	Pides que te ayuden cuando tienes alguna dificultad				
10	Eliges la mejor forma para integrarte en un grupo o para participar en una determinada actividad				
11	Explicas con claridad a los demás cómo hacer una tarea específica				
12	Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente				
13	Pides disculpas a los demás por haber hecho algo mal				
14	Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona				
15	Intentas reconocer las emociones que experimentas				
16	Permites que los demás conozcan lo que sientes				
17	Intentas comprender lo que sienten los demás				
18	Intentas comprender el enfado de la otra persona				
19	Permites que los demás sepan que te interesas o preocupas por ellos				
20	Piensas porqué estás asustado y haces algo para disminuir tu miedo				
21	Te dices a ti mismo o haces cosas agradables cuando te mereces una recompensa				
22	Reconoces cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pides a la persona indicada				

HABILIDADES SOCIALES		1	2	3	4
23	Te ofreces para compartir algo que es apreciado por los demás				
24	Ayudas a quien lo necesita				
25	Llegas a establecer un sistema de negociación que te satisface tanto a ti mismo como a quienes sostienen posturas diferentes				
26	Controlas tu carácter de modo que no se te "escapan las cosas de la mano"				
27	Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu postura				
28	Te las arreglas sin perder el control cuando los demás te hacen bromas				
29	Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas				
30	Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte				
31	Dices a los demás cuándo han sido los responsables de originar un determinado problema e intentas encontrar una solución				
32	Intentas llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien				
33	Expresas un sincero cumplido a los demás por la forma en que han jugado				
34	Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido				
35	Eres consciente cuando te han dejado de lado en alguna actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en ese momento				
36	Manifiestas a los demás que han tratado injustamente a un amigo				
37	Consideras con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hacer				
38	Comprendes la razón por la cual has fracasado en una determinada situación y qué puedes hacer para tener más éxito en el futuro				
39	Reconoces y resuelves la confusión que se produce cuando los demás te explican una cosa pero dicen o hacen otras que se contradicen				
40	Comprendes lo que significa la acusación y por qué te la han hecho y, luego, piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que te ha hecho la acusación				
41	Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista antes de una conversación problemática				
42	Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta				
43	Resuelves la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante				
44	Reconoces si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo tu control				
45	Tomas decisiones realistas sobre lo que eres capaz de realizar antes de comenzar una tarea				
46	Eres realista cuando debes dilucidar cómo puedes desenvolverte en una determinada tarea				
47	Resuelves qué necesitas saber y cómo conseguir la información				
48	Determinas de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que deberías solucionar primero				
49	Consideras las posibilidades y eliges la que te hará sentir mejor				
50	Te organizas y te preparas para facilitar la ejecución de tu trabajo				

## AREAS DE HABILIDADES

### GRUPO I. PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES.

1. Escuchar.
2. Iniciar una conversación.
3. Mantener una conversación.
4. Formular una pregunta.
5. Dar las gracias.
6. Presentarse.
7. Presentar a otras personas.
8. Hacer un cumplido.

### GRUPO II. HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS.

9. Pedir ayuda.
10. Participar.
11. Dar instrucciones.
12. Seguir instrucciones.
13. Disculparse.
14. Convencer a los demás.

### GRUPO III. HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS.

15. Conocer los propios sentimientos.
16. Expresar los sentimientos.
17. Comprender los sentimientos de los demás.
18. Enfrentarse con el enfado de otro.
19. Expresar afecto.
20. Resolver el miedo.
21. Autorrecompensarse.

**GRUPO IV. HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN.**

22. Pedir permiso.
- 23.. Compartir algo.
24. Ayudar a los demás.
25. Negociar.
26. Empezar el autocontrol.
27. Defender los propios derechos.
28. Responder a las bromas.
29. Evitar los problemas con los demás.
30. No entrar en peleas.

**GRUPO V. HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS.**

31. Formular una queja.
32. Responder a una queja.
33. Demostrar deportividad después de un juego.
34. Resolver la vergüenza.
35. Arreglárselas cuando le dejan de lado.
36. Defender a un amigo.
37. Responder a la persuasión.
38. Responder al fracaso.
39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
40. Responder a una acusación.
41. Prepararse para una conversación difícil.
42. Hacer frente a las presiones del grupo.

**GRUPO VI. HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN.**

43. Tomar iniciativas.
44. Discernir sobre la causa de un problema.
45. Establecer un objetivo.
46. Determinar las propias habilidades.
47. Recoger información.
48. Resolver los problemas según su importancia.
49. Tomar una decisión.
50. Concentrarse en una tarea.

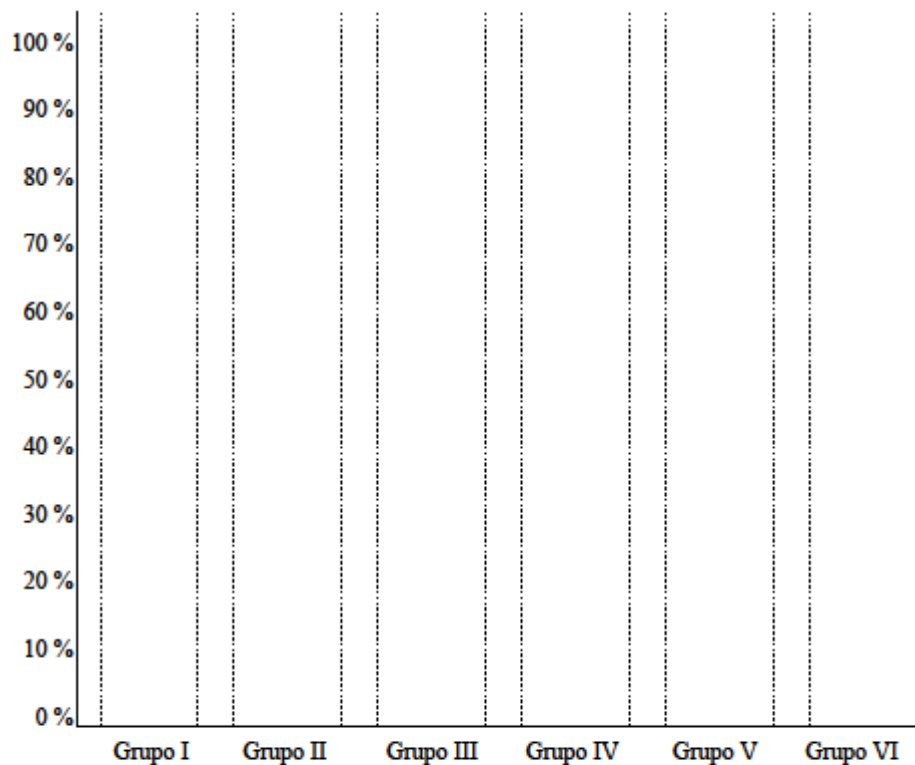
**\* TABLA DE RESULTADOS \***

	GRUPO I (de 1 a 8)	GRUPO II (de 9 a 14)	GRUPO III (de 15 a 21)	GRUPO IV (de 22 a 30)	GRUPO V (de 31 a 42)	GRUPO VI (de 43 a 50)
PDO						
PDM	32	24	28	36	48	32
PDP (%)						

Cálculo de la Puntuación Directa Ponderada (PDP %) a reflejar en la gráfica

$$\frac{\text{Puntuación Directa Obtenida (PDO)}}{\text{Puntuación Directa Máxima (PDM)}} \times 100$$

**\* GRÁFICA DE RESULTADOS \***



**Anexo Nro. 4**

***Escala de Autoestima de (Rosenberg 1965)***

**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

**Indicación:** Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

**Codificación proceso:** 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- $\alpha$ ).

**Administración:** La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

**Interpretación:**

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

**De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

**De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

**Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

**Propiedades psicométricas** La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

**Anexo Nro. 5**

***Cuestionario de Pensamientos Automáticos ATQ (30) de Hollon y Kendall (1980).  
Adaptado y traducido por Cano y Rodríguez (2002).***

**ATQ-30.**

**INSTRUCCIONES:** En el cuestionario se indican una serie de pensamientos que pasan por la cabeza de las personas. Por favor, lee cada pensamiento y tacha con qué frecuencia dicho pensamiento te ha ocurrido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**.

ÍTEM	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTE A MENUDO	MUY A MENUDO	CASI SIEMPRE
	0	1	2	3	4
1. Tengo la sensación de estar en contra del mundo.					
2. No soy bueno (a).					
3. Me pregunto ¿Por qué no tengo éxito jamás?					
4. Nadie me comprende.					
5. He dejado plantada a la gente.					
6. Creo que no voy a poder continuar.					
7. Ojalá fuese mejor persona.					
8. Soy muy débil.					
9. Mi vida no marcha como yo quisiera.					
10. Estoy decepcionado(a) conmigo mismo (a).					
11. Nada me parece bien.					
12. Ya no soporto más esto.					
13. No puedo empezar o iniciar mis actividades.					
14. Pienso que algo está mal en mí.					
15. Ojalá estuviese en otro lugar.					
16. No puedo organizar mi vida.					
17. Me odio.					
18. Soy un (a) inútil.					
19. Ojalá pudiera desaparecer.					
20. Me pregunto a mí mismo ¿Qué es lo que me pasa?					
21. Soy un(a) perfeccionista.					
22. Mi vida es un problema.					
23. Soy un (a) fracasado (a).					
24. Nunca voy a conseguirlo.					
25. Me siento indefenso (a).					
26. Algo va a tener que cambiar en mí.					
27. Debe haber algo mal en mí.					
28. Mi futuro es poco esperanzador.					
29. Nada vale la pena.					
30. No puedo acabar nada.					

## Anexo Nro. 6

### *Esquema de entrenamiento en habilidades sociales (Vicente Caballo)*

#### I. *Evalúa la situación*

1. Determina lo que crees que son los derechos y responsabilidades de las distintas partes en la situación.
2. Determina las probables consecuencias a corto y a largo plazo de los diferentes caminos de acción.
3. Decide cómo te comportarás en la situación

#### II. *Experimenta con nuevas situaciones y conductas en las situaciones de práctica*

1. Ensaya las nuevas conductas en las situaciones representadas. Inténtalo una y otra vez. Prácticalo tantas veces como sea necesario. Cambia la respuesta del compañero de *rol-play*, de tal manera que las consecuencias puedan ser positivas, negativas o neutras.
2. Refuta las creencias erróneas y las actitudes contraproducentes y reemplázalas por creencias más correctas y productivas.  
Invierte tu perspectiva. ¿Cómo te sentirías en la posición de la otra persona?  
¿Es verdad la creencia? ¿Por qué es verdad? ¿Qué evidencias apoyan a la creencia?  
¿Te ayuda la creencia a sentirte en la forma en que quieres sentirte?  
¿Te ayuda la creencia a lograr tus objetivos sin herir a los demás?  
¿Te ayuda la creencia a evitar molestias o situaciones desagradables importantes sin negar al mismo tiempo tus propios derechos?

Pregunta las opiniones de los demás sobre el impacto y las consecuencias probables de tu conducta.

Emplea la «detención del pensamiento» para interrumpir creencias contraproducentes y obsesivas que ocurren frecuentemente.

#### III. *Evalúa tu conducta*

1. Determina tu ansiedad en la situación  
(Aprende a relajarte si es necesario: a) relajación completa, b) relajación diferencial)  
Puntuación SUDS  
Contacto ocular  
Postura relajada  
Risa nerviosa  
Movimientos de cabeza, manos y cuerpo excesivos
2. Evalúa el contenido verbal  
¿Dijiste lo que querías decir realmente?  
¿Eran tus comentarios concisos, pertinentes, apropiadamente asertivos a la situación?  
¿Eran tus comentarios claros, específicos y firmes?  
¿Evitaste largas explicaciones, excusas y disculpas?

CUADRO 6.1 (Continuación)

- 
- ¿Acompañabas con gestos apropiados lo que estabas diciendo?  
 ¿Tu postura y orientación eran acordes con la situación?  
 ¿La distancia/contacto corporal eran adecuados a la clase de persona/situación?  
 ¿Había vacilación o tartamudeo en tu voz? ¿Eran apropiados tu volumen y entonación?  
 ¿Había alguna queja, lamento o sarcasmo en tu voz?  
 ¿Había demasiados silencios? ¿El tiempo de habla era compartido, o bien tu contribución era mínima?
4. Decide si estás satisfecho con tu actuación general en la situación
- IV. *Lleva a cabo las nuevas conductas en las interacciones de la vida real*
1. Decide comportarte de forma asertiva en una situación de la vida real. Practica la situación como una tarea para casa.
  2. Empieza a comportarte asertivamente en interacciones que ocurren de forma natural, siendo cuidadoso de no ir demasiado deprisa.
  3. Registra y evalúa las tareas para casa, las conductas ensayadas y las interacciones que ocurren de forma natural empleando las hojas de registro adecuadas.
- 

\* Basado en M. D. Galassi y J. P. Galassi, *Assert Yourself! How to be your own person*, Nueva York, Human Sciences Press, 1977. © 1977 Human Sciences Press. Reproducido con permiso.



**Anexo Nro. 7**

*Registro diario de pensamientos Distorsionados*

**REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS**

FECHA	SITUACIÓN Describe: El acontecimiento que motivo la emoción desagradable	EMOCION Especifique: Triste/ansioso/ Enfadado/etc. Evalúe la intensidad de la emociona de 0-100	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS Anote el pensamiento o pensamientos automáticos que preceden a la emoción o emociones	RESPUESTA RACIONAL Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos	RESULTADO Especifique y evalúe las emociones subsiguientes de 0 - 100

Terapia Cognitiva de la Depresión de A Beck, A. Rush, B. Shaw, G. Emery. 19 edición (2005)



## Anexo Nro. 8

### *Organizador Semanal*

*mi semana*

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	<i>tarde</i>
SÁBADO		DOMINGO			



Obtenido de: [https://www.dosrayitas.com/wp-content/uploads/planificadores\\_cm.pdf](https://www.dosrayitas.com/wp-content/uploads/planificadores_cm.pdf)

