



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN GRUPAL EN FOCO PARA
SÍNTOMAS DEPRESIVOS: TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL, ESQUEMAS Y
COMPASIÓN**

TESIS

PRESENTADA POR

FRANCISCO ENRIQUE LUJÁN HERNÁNDEZ

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE

**MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA PARA
ADULTOS**

DIRECTOR DE TESIS

MTRO. RICARDO RAFAEL CASTILLO AYUSO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2018

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 605391 durante el período agosto 2016- julio 2018 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta tesis es mi propia autoría a excepción de las citas en las que he dado crédito a los autores; asimismo, que este trabajo no ha sido presentado previamente para obtención de algún otro título profesional o equivalente.

Agradecimientos

La realización de este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo y acompañamiento de un gran número de personas quienes, con sus enseñanzas, conocimientos y soporte a lo largo de un periodo de dos años, me permitieron construir una experiencia sumamente valiosa para mi vida profesional y personal.

Primero, quiero agradecer a mi familia por ser desde siempre mi ‘base segura’. Por estar conmigo en los momentos difíciles y por supuesto por su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida. A mi madre y padre, especialmente les agradezco me hayan inculcado la pasión por los estudios y por mi profesión, así como cultivar en mi un gran sentido de responsabilidad y consciencia ética necesaria para trabajar con seres humanos. A mi hermano, le doy gracias por ser un gran aliado y haberme acompañado también en la distancia. En general, gracias a toda mi familia pues soy quien soy por ellos.

También quiero agradecer a Yalile por haber sido mi gran compañera en esta increíble travesía que fue la maestría. Tu cariño y respaldo constante han significado tanto que expresarlo en palabras es casi inasequible. El estar a tu lado para ir descubriendo el mundo e irle encontrando nuevos sentidos a la vida ha sido un viaje asombroso del cual estaré infinitamente agradecido.

Al Mtro. Ricardo Castillo por haberme guiado en este proceso con sensatez, paciencia y experticia. Le agradezco el haberme compartido parte de sus conocimientos y de su gran experiencia en el campo de la psicoterapia. Su guía fue vital para la finalización de esta etapa y sin duda alguna será un pilar en mi futuro como psicólogo. De igual forma, agradezco a todos los profesores de la UADY que colaboraron en mi proceso de formación.

A mis compañeros y amigos que fui encontrando en el camino aquí en Yucatán, gracias por los gratos momentos que compartimos. Los recordaré con aprecio y ojalá en el camino nos volvamos a encontrar.

Agradezco a todos los participantes del grupo terapéutico, quienes depositaron su confianza y compartieron sus experiencias de vida en este proceso. El haber trabajado juntos fue una de las vivencias formativas más importantes que he tenido hasta ahora y gracias a ustedes he aprendido a ser un mejor terapeuta de lo que era hace dos años. Espero nuestro trabajo haya aportado algo valioso en su búsqueda de un futuro mejor.

Por último, pero no menos importante, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haber brindado el apoyo económico necesario para poder cursar este programa de estudios y que innegablemente ha sido de gran valía.

Índice

Resumen.....	9
1. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2 Justificación	13
1.3 Marco teórico	17
1.3.1 Síntomas depresivos y TCC.....	17
1.3.2 Terapia de Esquemas Maladaptativos Tempranos	19
1.3.3 Terapia Centrada en la Compasión	24
1.3.4 Terapia grupal	29
1.3.5 Intervención Grupal en Foco	30
1.3.5 Integración en psicoterapia	31
2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA	34
2.1 Descripción del escenario y participantes.....	34
2.2 Instrumentos.....	34
2.3 Procedimiento	36
2.4 Informe de resultados de la evaluación diagnóstica	36
3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	37

3.1	Introducción	37
3.2.1	Objetivo general.....	37
3.2.2	Objetivos específicos	37
3.2.3	Preguntas de investigación.....	38
3.3.1	Técnicas y estrategias	40
4.	RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	44
4.1	Análisis descriptivo de resultados CES-D	44
4.2	Análisis descriptivo de resultados del Cuestionario de Trampas Vitales.....	46
4.3	Análisis de resultados del Registro de Pensamientos, Emociones y Conductas.	
	48	
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	54
5.1	Limitaciones.....	58
6.	Referencias.....	60
	ANEXO A.....	68
	ANEXO B.....	75
	ANEXO C.....	76
	ANEXO D.....	77
	ANEXO E	78
	ANEXOS F	79

ANEXO G.....	80
ANEXO H.....	81
ANEXO I.....	82
ANEXO J.....	83
ANEXO K.....	95
ANEXO L.....	99
ANEXO M.....	100
ANEXO N.....	102
ANEXO O.....	103
ANEXO P.....	104
ANEXO Q.....	105
ANEXO R.....	106
ANEXO S.....	107
ANEXO T.....	108
ANEXO U.....	109
ANEXO V.....	110
ANEXO W.....	111
ANEXO X.....	112
ANEXO Y.....	113

ANEXO Z114

Resumen

El presente trabajo midió el impacto de una Intervención Grupal en Foco (IGF) desde un abordaje Cognitivo-Conductual integrativo por medio de un estudio pre experimental con diseño de preprueba/posprueba con un solo grupo en 8 adultos jóvenes con síntomas depresivos.

Tomando en cuenta que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser altamente efectiva para el tratamiento de la depresión, se integraron elementos de la Terapia de Esquemas Maladaptativos Tempranos (TEMT) y la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) con la intención de potenciar los efectos del tratamiento. La TEMT parte de la teoría de que las experiencias tóxicas de la infancia generan Esquemas Maladaptativos Tempranos que repercuten en la vida adulta; por otro lado, la CFT parte del supuesto de que a causa de experiencias negativas o traumáticas existen individuos que le temen a ciertos tipos de afecto positivo, especialmente aquellos relacionados con la compasión, lo que a su vez genera niveles altos de autocrítica. La sintomatología depresiva de los participantes de la IGF se evaluó antes y después de la intervención por medio de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos (CES-D) y el análisis estadístico fue realizado con la Prueba Wilcoxon con un alfa de 0.05, el cual no arrojó cambios significativos en el grupo respecto al pre y post. Al emplear una comparación de medias de los reactivos del CES-D ésta reveló una disminución de los síntomas depresivos en la mitad de los participantes del tratamiento.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, terapia de esquemas, intervención grupal en foco, terapia centrada en la compasión, depresión

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El término depresión, dentro del lenguaje cotidiano, comúnmente remite a sentimientos de tristeza, sensación de desesperanza o comportamientos de aislamiento por parte de las personas. En términos de salud mental, la depresión va más allá de una experiencia subjetiva y se considera un problema serio debido a que indicadores estadísticos señalan un aumento significativo en el diagnóstico de este trastorno alrededor del mundo, lo cual resulta alarmante. Un estudio epidemiológico realizado por Ferrari, et.al. (2013) reveló que existen más de 298 millones de personas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor y un alto porcentaje tiene una edad de entre 25 y 34 años. Aunado a esto, la depresión es una de las principales causas de muerte y discapacidad en adolescentes y adultos (Lake, 2015), lo que reafirma que es uno de los problemas de salud más serios que está enfrentando el mundo en la actualidad. Estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, esencialmente debido al factor de discapacidad social que provoca (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012), siendo un motivo más por el cual los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública a nivel mundial.

La depresión se caracteriza por ser un trastorno multifacético que involucra conductas tales como aislamiento, evitación, pérdida de contacto interpersonal y cogniciones asociadas a la preocupación, rumiación y desvalorización (Hughes, Herron, & Younge, 2014). Actualmente existe consenso respecto a las causas de la depresión, siendo resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las

características individuales (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013). Como bien lo mencionan Korman y Sarudiansky (2011) se ha reconocido que la depresión además de ser una enfermedad aguda también exhibe rasgos complejos, por lo que las investigaciones y desarrollos psicoterapéuticos respecto de este trastorno, no solo se enfocan en los resultados a corto plazo, sino que el interés se ha desplazado hacia las causas de la recurrencia y nivel de gravedad que este puede desarrollar.

Berenzon, et.al., (2013) mencionan que la depresión se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo. Dichos autores exponen datos relevantes de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en 2013. De la situación en México y de otros países latinos comentan lo siguiente:

Los resultados de la ENEP señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%).⁵ [...]. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México (p. 75).

A nivel local, la depresión ha alcanzado números críticos en el estado de Yucatán, convirtiéndose en un foco rojo en cuestión epidemiológica. Según datos del Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2017) en Yucatán hubo un total de 2,234 casos de depresión entre el 1 de enero y el 10 de diciembre 2017, lo que representa un aumento de más del 89% con relación a los 1,180 casos registrados en 2016. Además, los números de la entidad son más inquietantes si se comparan con la disminución de un 1.96% en la

Ciudad de México, un aumento del 14% de Jalisco y un aumento del 21% en el Estado de México entre 2016 y 2017, siendo estos últimos los tres estados con más casos de depresión identificados en el presente año. Cifras como las anteriores reflejan la trascendencia que adquiere el estudio e implementación de protocolos de atención para el tratamiento de trastornos del estado de ánimo en las instancias de salud mental en México.

Un elemento importante y que precisa tomarse en cuenta como factor de riesgo es la comorbilidad de la depresión con otros trastornos. Según reportan Haber, Safadi, y Milad (2013) la comorbilidad entre los trastornos del estado ánimo y los trastornos de ansiedad suele ser la norma, asimismo refieren que dos tercios de los individuos quienes desarrollen depresión mayor o distimia también tendrán un trastorno de ansiedad de por vida. Por otro lado, puede ser a la inversa, pues la mayoría de los pacientes que sufren algún trastorno de ansiedad también sufren de depresión, o bien, comorbilidad de un trastorno depresivo o síntomas de depresión subclínica (Goldberg, Krueger, Andrews & Hobbs, 2009). Los síntomas de depresión pueden derivar en problemas psicológicos más diversos y complejos, por lo tanto, el enfocarse en los síntomas generales de los trastornos del estado de ánimo puede fungir como una estrategia no solo de intervención, sino también de prevención.

La importancia de estudiar la repercusión de los síntomas de la depresión en las personas se debe a que aún faltan aspectos por entender y existe la necesidad de examinar a mayor profundidad este trastorno, advertir los efectos en el ámbito familiar, económico y social de los pacientes, y del sufrimiento psíquico que experimentan tantas personas. La naturaleza multifactorial de la depresión lo vuelve un trastorno complejo que requiere tratamientos complejos.

1.2 Justificación

En cuanto a psicoterapia se refiere se han ideado, desde diversos enfoques, variados modelos de tratamiento e intervención para la depresión. Algunos estudios, como los de Ninen y Berger, y Gorman, citados por Vélez, Garzón y Ortiz, (2008) señalan las complicaciones asociadas en cuanto a la severidad y cronicidad de la depresión, sobre todo por la frecuente comorbilidad con otros trastornos psicológicos. Por otro lado, en la actualidad se hace énfasis en la labor que tienen los psicólogos clínicos con respecto al objetivo primordial de optimizar las psicoterapias existentes para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, así como desarrollar otras nuevas (Haber, et al., 2013).

Particularmente, los modelos Cognitivo-Conductuales han demostrado ser efectivos para el tratamiento de trastornos específicos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (Leyfer & Brown, 2011; Cuijpers, Cristea, Weitz, Gentili, & Berking, 2016) Algunos enfoques integrativos han concebido intervenciones innovadoras para el tratamiento de la depresión, dos de ellas son la Terapia de Esquemas Maladaptativos Tempranos (TEMT) y la Terapia Centrada en la Compasión (CFT, por sus siglas en inglés). La TEMT es una terapia integrativa introducida por Jeffrey Young como una alternativa para los terapeutas de diferentes orientaciones que han encontrado limitaciones en las prácticas psicoterapéuticas ortodoxas (Young, Klosko, & Weishaar, 2015). Considerada principalmente una Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), este modelo también retoma herramientas de la terapia psicodinámica, de la terapia Gestalt y de la terapia interpersonal; y fue desarrollada en un inicio para trabajar con síntomas del Eje I y Eje II (evaluación multiaxial DSM), de manera que los trastornos del estado de ánimo entran dentro de su rango de actuación. Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael y Huibers (2016) citan las

investigaciones de Brewin y Cols. en 2009, Carter y Cols. en 2013 y Malogiannis y Cols. en 2014, quienes reportan efectos positivos y duraderos de la TEMT en paciente diagnosticados con depresión crónica. Por lo tanto, este modelo puede ser de gran utilidad al intervenir en casos de depresión debido a la profundidad con la que se conceptualiza el caso y por la versatilidad que el modelo ofrece al momento de la intervención debido a la cantidad de herramientas que retoma de otros enfoques.

Por otro lado, la CFT, modelo propuesto y desarrollado en años recientes por Paul Gilbert, es una terapia multimodal que se cimenta dentro del rango de las terapias cognitivo-conductuales. Se enfoca en la atención, razonamiento y rumiación, conducta, emociones, motivación e imaginación, así como en el perdón y distinción entre crítica basada en la vergüenza y autocorrección compasiva (Gilbert, 2010). Investigaciones recientes han confirmado los beneficios a corto y mediano plazo de la CFT para tratar síntomas de trastornos del estado de ánimo. Andersen y Rasmussen (2017) realizaron un estudio que demostró la efectividad de la CFT como tratamiento para la depresión donde se aplicó un protocolo con los elementos centrales de CFT en un grupo transdiagnóstico que resultó en la disminución significativa de los síntomas de depresión y ansiedad, así como un aumento en la percepción de autoestima. Así mismo, en otro estudio realizado por Judge, Cleghorn, McEwan y Gilbert (2012) en el cual se brindó CFT a siete grupos de cinco pacientes heterogéneos que reportaban puntajes de depresión severa durante la evaluación inicial, después de 14 semanas los resultados mostraron una disminución significativa de los síntomas depresivos.

Young (et al., 2015 28 pp.) menciona que en su experiencia clínica identificó pacientes con rasgos caracterológicos específicos a quienes las intervenciones cognitivo-conductuales

clásicas o beckerianas no les eran efectivas o tendían a tener constantes recaídas. Por lo tanto, modelos integrativos como TEMT y CFT brindan una más amplia gama de posibilidades tanto a los terapeutas como a los clientes. Estudios como los de Twomey, O'Reilly y Byrne, (2015) proporcionan evidencia alentadora acerca de la efectividad de terapias multimodales cognitivo-conductuales para tratar síntomas de ansiedad y depresión, lo que nos permite pensar en la capacidad y potencial de una terapia integrativa. Se toma en cuenta la posibilidad de encontrar comorbilidad con otros trastornos, particularmente trastornos de ansiedad, se entiende que la TCC para la depresión y para los trastornos ansiedad no son idénticos, más si comparten técnicas de intervención como la reestructuración cognitiva, la activación conductual, la exposición y ejercicios de relajación.

Un estrato de la población que se ha visto particularmente afectada por este trastorno ha sido el de los adultos jóvenes, ya que durante esta etapa de vida las personas poseen características particulares que los vuelven propensos o vulnerables a padecer trastornos psicológicos y sobre todo, se ha demostrado que la prevalencia de los niveles de ansiedad y depresión suelen aumentar durante este periodo de desarrollo (Grant & Potenza, 2010). La adultez temprana se caracteriza por un crecimiento en la capacidad de intimidad interpersonal, autonomía y el surgimiento de una identidad personal coherente y sentido del yo, a causa de esto, tienen que afrontar desafíos que involucran el desarrollo de capacidades de negociación, y consecuentemente generan repercusiones directas en el ámbito de la salud mental. (Dickson, & Gullo, 2015). Según Zarate (2010) aproximadamente uno de cada cuatro adultos jóvenes experimentará un episodio depresivo clínicamente significativo a partir de los 24 años. También, señala que la aparición temprana de la depresión en la adolescencia tardía o en la adultez

temprana está asociada con formas de incapacidad más severas, persistentes y recurrentes que estarán a lo largo de sus vidas y afectando la esfera social, interpersonal, profesional y educativa de los adultos.

Con la intención de idear una intervención más flexible y adecuada en esta población, se plantea una TCC integrativa para el tratamiento de síntomas de depresión, en la que se unifiquen elementos de la TEMT y la CFT.

La investigación de los trastornos del estado de ánimo en poblaciones específicas, como la de adultos jóvenes, se ha vuelto una prioridad en la actualidad debido a que cada vez es mayor la necesidad de contar con programas de intervención a los que tenga acceso la población en general ya sea en instituciones públicas o centros privados, y que dichos tratamientos sean adaptables a los contextos y problemáticas particulares de cada individuo. El generar estrategias efectivas de intervención para síntomas depresivos poco a poco cobra mayor relevancia en el ámbito de la salud pública en México y el mundo. De igual forma, el desarrollo de terapias cognitivo-conductuales enfocadas y adaptadas a trastornos específicos es un referente del progreso que ha tenido la psicología clínica. Este enfoque basado en modelos específicos que explican los procesos que hipotéticamente mantienen los trastornos depresivos, incluyendo principios como la habituación, la evitación cognitiva, extinción, la existencia de esquemas cognitivos, auto-eficacia, procesamiento emocional y aprendizaje inhibitorio se destaca con un número importante de tratamientos que han sido evaluados rigurosamente en ensayos controlados aleatoriamente y diseñados como protocolos validados empíricamente (García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales & Sandín, 2016) trayendo así, enormes beneficios para las personas con dichas necesidades.

1.3 Marco teórico

1.3.1 Síntomas depresivos y TCC

La tristeza y la desesperanza son experiencias habituales para el ser humano, a lo largo de la historia y dependiendo del contexto cultural, se han descrito y narrado vivencias que involucran dichos sentimientos. En la actualidad, las razones por las cuales se experimentan sentimientos de tristeza pueden ser variadas, situaciones inesperadas suceden a menudo y algunos de estos eventos son completamente indeseados e incluso traumáticos tales como la pérdida de un trabajo, el fin de alguna relación, o la condición crítica de un familiar a causa de una enfermedad severa. En la actualidad, existe una alta probabilidad de que las personas experimenten en algún momento de su vida un episodio depresivo completo (Hofmann, 2013).

Los trastornos depresivos comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades psicológicas caracterizadas por una sensación de tristeza y la existencia de alteraciones cognitivas, psicomotoras y neurovegetativas. Asimismo, existe un amplio espectro de trastornos depresivos caracterizados por la presencia de un estado de desánimo, y diferentes grados de otros síntomas como cambios significativos en el apetito, alteraciones del sueño, disminución de niveles de energía, sentimientos de inutilidad e ideación suicida (Friedman, 2011).

La depresión, además de ser una condición crónica y recurrente, es uno de los problemas psiquiátricos más comunes, en el que las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de experimentarla y que suele iniciarse en la adolescencia o en la adultez temprana (Hofmann, 2013).

Existen diversos tratamientos psicológicos para atender la depresión, una de ellas es la TCC. La Terapia Cognitiva, según Beck, Rush, Shaw y Emery, (2010), es un procedimiento

activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, entre ellas la depresión. Del mismo modo, se apoya en el supuesto teórico de que la conducta de un individuo está determinada en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo, donde sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. La TCC tiene como meta que el paciente aprenda a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos.

Los estudios de Butler, Chapman, Forman y Beck; así como los de DeRubeis, et.al., citados por Leahy, Holland & McGinn (2012) confirman la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de la depresión moderada a severa y sus síntomas, además se ha encontrado que la TCC tiene igual o mayor efectividad que la medicación antidepresiva. De igual forma, en el estudio realizado por Dickson y Gullo (2015) en una muestra de adultos jóvenes estudiantes de universidad que reportaban síntomas de ansiedad y depresión moderada, y que recibieron un tratamiento breve de TCC los pacientes reportaron una reducción significativa de los niveles de ansiedad y depresión durante el curso del tratamiento.

1.3.1.1 Modelo cognitivo de la depresión

Por otra parte, Beck, et.al. (2010) propone el modelo cognitivo de la depresión que enumera tres conceptos cardinales: la tríada cognitiva, los esquemas de creencias, y los errores cognitivos. Los autores explican que la tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales donde el primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, el segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de manera negativa y el tercer componente se centra en la visión negativa

acerca del futuro. El modelo cognitivo de la depresión también afirma que los pensamientos automáticos negativos, o las interpretaciones de las situaciones, conducen a emociones y conductas específicas. Por lo tanto, una vez que una persona comienza a sentirse deprimida, hay un proceso de *feedback* donde los afectos negativos incrementan la probabilidad de tener pensamientos aún más negativos y eso refuerza los pensamientos y esquemas de creencias (Whisman, 2008).

Por consiguiente, en una terapia dirigida específicamente a la depresión, las metas del tratamiento consisten en disminuir o eliminar el riesgo suicida, incrementar los niveles de actividad conductual, incrementar conductas placenteras y gratificantes, incrementar y mejorar las relaciones sociales, potenciar la auto estima, disminuir la auto-crítica y asistir al paciente en desarrollar una visión positiva del futuro a corto y mediano plazo Leahy, et.al. (2012).

1.3.2 Terapia de Esquemas Maladaptativos Tempranos

La TEMT surge como una extensión de la TCC y recurre a la integración de técnicas propias de diversas escuelas de terapia. Esta terapia concede mayor importancia a los orígenes en la infancia y adolescencia de los problemas psicológicos, emplea técnicas emotivas durante la intervención, la relación terapeuta-paciente adquiere un papel sumamente relevante y contempla los estilos de afrontamiento disfuncionales. (Young, et al., 2015). El concepto de ‘esquema’ tiene diferentes acepciones dentro de la psicología contemporánea. En la TEMT, se diferencia del concepto de ‘esquema cognitivo’ de la teoría cognitivo-conductual clásica, con el de Esquema Maladaptativo Temprano (EMT). De acuerdo con este modelo, los EMT son constructos psicológicos que incluyen creencias acerca de nosotros mismos, del mundo y de otras personas,

que resultan de la interacción de necesidades infantiles frustradas, temperamento innato y el contexto temprano (Farrell, Reiss & Shaw, 2014) y están constituidos por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, que se desarrollan durante la infancia o adolescencia y es disfuncional en grado significativo (Young, et al., 2015). Los esquemas son como video clips que almacenan memorias complejas y se pueden describir en términos de aprendizaje emocional, de lo que se aprendió inconscientemente en la infancia (van Vreeswijk, Broersen, & Schurink, 2014) y al ocurrir la perpetuación del esquema se acarrean constantes experiencias negativas, lo que permite que el esquema se vuelve más rígido con el tiempo (van Genderen, Rijkeboer & Arntz, 2012).

Asimismo, la terapia de esquemas reconoce un conjunto de necesidades emocionales universales tales como la necesidad de seguridad, estabilidad, cuidado y aceptación, así como autonomía, competencia, y sentido de identidad (Rafaeli, Bernstein & Young, 2010). La teoría sostiene que la interacción entre el temperamento innato del niño y el contexto temprano genera mayor frustración que gratificación de estas necesidades. Por lo tanto, el objetivo central de la terapia de esquemas es ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias adaptativas para satisfacer sus necesidades emocionales nucleares. (Young, et al., 2015).

Entendiendo la importancia de alcanzar dichas necesidades vitales, la TEMT sugiere cuatro tipos de experiencias vitales tempranas que darían origen a los esquemas maladaptativos. La primera es la *frustración tóxica de necesidades*, cuando el niño experimenta demasiado poco de algo bueno, el segundo tipo de experiencia vital temprana es la *traumatización* o *victimización*, en el cual al niño se le hiere o se le victimiza. En el tercer tipo el infante experimenta un exceso de algo bueno y los padres aportan al niño demasiado de algo que, con

moderación, sería saludable para él. Por último, el cuarto tipo de experiencia vital que crea esquemas es *la internalización selectiva o identificación con otras personas significativas*, el niño se identifica selectivamente e internaliza los pensamientos, sentimientos, experiencias y conductas de los padres o cuidadores. (Young, et al., 2015).

1.3.2.1 Clasificación de Esquemas Maladaptativos Tempranos

El modelo de esquemas tipifica 18 EMT que se agrupan en cinco categorías amplias de necesidades emocionales insatisfechas denominadas dimensiones de esquemas (Young, et al., 2015). La primera dimensión es la de *Desconexión y Rechazo* en la que los pacientes que presentan EMT de esta dimensión se caracterizan por la incapacidad de establecer vínculos seguros y satisfactorias con otras personas. Dentro de esta categoría se encuentran los esquemas de Abandono, Desconfianza/Abuso, Privación Emocional, Imperfección/Vergüenza y Aislamiento Social. Dentro de la segunda dimensión, *Perjuicio en Autonomía y Desempeño*, se encuentran los esquemas de Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al daño o la enfermedad, Apego Confuso y Fracaso los cuales se caracterizan por dotar a la persona de expectativas específicas sobre sí mismos y sobre el mundo que interfieren con su capacidad para funcionar de manera autónoma. En la dimensión de *Límites Inadecuados* se clasifican los esquemas de Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente/Autodisciplina, quienes presentan dichos esquemas no fueron capaces de desarrollar límites internos adecuados en relación a la reciprocidad o la auto-disciplina. En la dimensión de *Tendencia Hacia el Otro* se encuentran los esquemas de Subyugación, Auto-sacrificio y Búsqueda de la Aprobación los cuales dirigen a la persona a brindar un énfasis excesivo a satisfacer las necesidades de los demás. Por último, en la quinta dimensión de *Sobrevigilancia e Inhibición*, se encuentran los esquemas de

Negatividad/Pesimismo, Control Excesivo, Normas Inalcanzables y Condena que ejercen gran influencia sobre las personas para suprimir sus sentimientos e impulsos espontáneos.

Según Young (et al., 2015) los primeros esquemas en desarrollarse durante la niñez suelen ser las más intensos y suelen originarse en la familiar nuclear. Como ya se mencionó anteriormente, situaciones adultas suelen activar los EMT, dando pie a que se experimente, repetidas veces, el drama de la infancia. Green, citado por Hawke y Provencher (2011) explica que las experiencias tóxicas de la infancia suponen un riesgo para los individuos en general, y que las consecuencias no solo se manifiestan como un Trastorno del Eje II. Priemer, Talbot y French (2015) ratifican esta hipótesis al enumerar una serie de investigaciones recientes que sugieren que la TEMT puede ser efectiva no sólo para psicopatologías de personalidad, sino también para otros malestares psicológicos que pueden o no estar asociados con los trastornos de personalidad.

Cabe resaltar que varios estudios han asociado los EMT con síntomas generales de la depresión y ansiedad a través de los trastornos psiquiátricos o las muestras no clínicas. Estos estudios examinan la teoría de los esquemas con respecto a los síntomas de ansiedad y depresión sin tener un cuadro clínico diagnosticado. Hawke (et. al., 2011) hace referencia a un estudio llevado a cabo por Welburn y Cols., en el cual se explora la relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y los síntomas psiquiátricos durante los días de tratamiento, encontrando un amplio rango de trastornos y comorbilidades. En este estudio un total del 75% de la muestra había sido diagnosticada con un trastorno del estado de ánimo, mientras que un 26% con un trastorno de ansiedad. El estudio resalta una correlación significativa entre los síntomas de depresión y los esquemas de abandono y de auto-control insuficiente, y que los esquemas que

contribuían a los síntomas de ansiedad eran de abandono, vulnerabilidad, fracaso, auto-sacrificio e inhibición emocional.

1.3.2.2 Respuestas de afrontamiento y modos de esquemas

Como se ha dicho, cuando los esquemas se activan estos generan fuertes emociones como miedo, enojo, tristeza, vergüenza o culpa. Para la TEMT, las personas hacen frente a sus esquemas de maneras que se reafirman utilizando primordialmente tres estilos de afrontamiento: rendición, evitación y sobrecompensación (Rafaeli, et al., 2010). Todos los organismos disponen de tres respuestas básicas ante la amenaza: lucha, huida o inmovilidad. Por lo tanto, la lucha es la sobre-compensación, la huida es la evitación y quedarse inmóvil equivale a rendirse al esquema. (Young, et al., 2015).

Por otro lado, la TEMT dilucida el concepto de modo de esquema que son los estados emocionales y respuestas de afrontamiento, adaptativas y maladaptativas, momento a momento que experimentamos todas las personas, los cuales se activan como por situaciones vitales a las que somos sensibles, o como refiere Young (et. al., 2015, p.79) “nuestros botones emocionales”. En total se han identificado diferentes modos de esquemas desadaptativos, entre los cuales sobresalen el *Modo de Niño Vulnerable*, el *Modo de Niño Impulsivo/Enfadado*, el *Modo de Padre Punitivo* y el *Modo de Padre Demandante*, mientras que los modos de esquemas adaptativos corresponden al *Modo de Niño Feliz* y *Modo de Adulto Sano*. Los modos desadaptativos se caracterizan por la búsqueda de las necesidades emocionales nucleares insatisfechas a través de estrategias agresivas, impulsivas y/o dañinas para la persona o su ambiente, mientras que los modos adaptativos buscan y logran satisfacer dichas necesidades de maneras efectivas, autónomas y saludables.

Van Vreeswijk (et. al., 2014) conciben a los modos como estados de ánimo en los que los individuos permanecen por periodos de tiempo específicos, y pueden alternarse o cambiar de un momento a otro. De manera más amplia, “los modos hacen referencia a estados emocionales predominantes, esquemas y estilos de afrontamiento que son activados en un individuo durante un tiempo específico” (Rafaeli, et al., 2010, p. 47). Es importante resaltar que el concepto de modo de esquema intenta explicar la capacidad de cada persona para experimentar una serie de estados emocionales transicionales y que pueden variar durante el curso de un día, de una semana o incluso una etapa de desarrollo en específico. El mismo Rafaeli (et al., 2010) expone que los estilos de afrontamiento suelen iniciarse durante la infancia como un intento de adaptación a las circunstancias de la vida, pero conforme se va creciendo y avanzando a lo largo del tiempo los modos se vuelven inflexibles y maladaptativos lo que provocan una serie de efectos aversivos al individuo en su interacción con el ambiente.

1.3.3 Terapia Centrada en la Compasión

La Terapia Centrada en la Compasión (CFT) es un modelo desarrollado para trabajar con personas que tienen problemas de salud mental crónicos y complejos asociados con la vergüenza, la culpa y la auto-crítica como consecuencia de desarrollarse en contextos donde prevalecieron el rechazo y el abuso (Gilbert, 2010). Las personas que vivieron dichas circunstancias suelen temer a ciertos tipos de afecto positivo, especialmente aquellos relacionados con la compasión, buena disposición, motivación y perdón (Welford, 2010). Por lo cual, los objetivos centrales en CFT están encaminados en cultivar la compasión y generar prácticas compasivas del paciente hacia sí mismo y el mundo que lo rodea.

La CFT retoma fundamentos filosóficos de las enseñanzas Budistas, sobre todo aspectos como la sensibilidad y la motivación para aliviar el sufrimiento. Además, se sustenta teóricamente en la teoría evolucionista, las neurociencias, la teoría del apego y la psicología social. Esta teoría focaliza la experiencia del dolor en la vida humana, entendiendo que la vida es difícil y nadie está exento de sufrimiento en algún punto de su existencia. Se entiende que “hay formas compasivas y no compasivas de enfrentar las experiencias dolorosas, las emociones negativas o las memorias traumáticas” (Gilbert, 2010, p. 5). De acuerdo con lo anterior, es importante resaltar que la CFT no busca evitar o remover el dolor, no obstante, orienta a las personas a enfrentarlo con compasión. La CFT pone especial atención a la conexión entre auto-crítica rigurosa y numerosos malestares psicológicos. Estudios como los de Welford (2010) reportan que altos niveles de auto-crítica suelen ser un problema considerable para muchas personas que cubren criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad, y declara que enseñar a dirigir la auto-crítica de manera ‘compasiva’ a los pacientes para reconocer el pensamiento compasivo, ayuda a disminuir los niveles de ansiedad. Con respecto a los trastornos del estado de ánimo, la investigación reciente ha encontrado una estrecha relación entre la auto-crítica y la vulnerabilidad a la depresión (Kelly, Zuroff, & Shapira, 2009)

La CFT procura ayudar a los pacientes a entender sus problemas emocionales y psicológicos en función de un contexto proporcionado por la psicología evolutiva. Propone tres sistemas básicos de regulación emocional: *el sistema de detección de amenazas, el sistema de motivación y el sistema de cuidado*. Se pretende que a lo largo del proceso el paciente aprenda a manejar sus dificultades entendiendo estos tres sistemas de regulación, donde la auto-crítica, y emociones tales como vergüenza y culpa, dejen de tomar control sobre la vida de la persona.

En esta modalidad de terapia, la formulación está enfocada a las intervenciones que buscan desarrollar patrones específicos de regulación del afecto, estados cerebrales y auto-experiencias que apuntalen los procesos de cambio. Este punto es particularmente importante cuando se trabaja con personas que vienen de entornos difíciles pues estos individuos no experimentaron comprensión o conductas de afiliación por parte de otros, lo que ocasiona que su sistema de regulación de emociones reconfortantes sea menos accesible para ellos (Gilbert, 2010). Esto se vuelve un aspecto relevante, ya que la CFT busca que el paciente deje de reprocharse a sí mismo de cosas que no decidió o eligió, y trabajar sobre elementos a los que tiene alcance para así construir una vida más satisfactoria. En lo que refiere a la intervención, uno de los primeros pasos en la CFT es motivar a los clientes a imaginar una voz cálida y amable que les ofrezca alternativas, o que trabaje con ellos en tareas conductuales. Entonces, se vuelve una progresión desde la TCC, agregando algo de trabajo emocional centrado en la amabilidad y generosidad (Gilbert, 2010).

En términos generales, la auto-crítica y la auto-compasión se asocian a diferentes consecuencias en relación con la salud mental; la auto-crítica aflora ante la ausencia básica de procesos de afiliación, por consiguiente, las personas con altos niveles de auto-crítica pueden ser entrenadas para ser más compasivas consigo mismas (Lawrence & Lee, 2014). Siendo esto, el foco de atención principal de la Terapia Centrada en la Compasión.

El principal objetivo de la CFT es modificar la forma en que los individuos se relacionan con ellos mismos a través de procesos que generan calidez, comprensión, apertura, y amabilidad hacia uno mismo y el medio que rodea a la persona. Dichos procesos son estimulados al intentar

alentar conductas auto-tranquilizantes, al promover la auto-aceptación y al ayudar a conectar con otras personas (van Vliet & Kalnins, 2011).

La CFT postula tres sistemas básicos de regulación emocional (Gilbert, 2010) para conceptualizar y entender el funcionamiento interno de los individuos. El primer sistema básico de regulación que se contempla es el *Sistema de Detección de Amenaza y Auto-Protección*. La función de este sistema es detectar y captar amenazas rápidamente y enseguida elegir una respuesta, como podría ser pelear, paralizarse o huir. Dichas estrategias de afrontamiento activan emociones como ansiedad, enojo o repugnancia. El segundo sistema es el de *Búsqueda de Recursos e Incentivos*, que se encarga de motivar la búsqueda de herramientas o la elaboración de estrategias para satisfacer las necesidades básicas de cada ser humano. Dentro de este sistema, la búsqueda de incentivos se plantea no solo en el plano material o pulsional (comida, agua, sexo) sino también considera lo social y lo afectivo (amistad, afiliación, vínculos, estatus o reconocimiento). El tercer sistema es el *Sistema Tranquilizador, de Satisfacción y Seguridad* el cual se encarga de brindar tranquilidad y reestablecer el equilibrio después de vivir una experiencia conflictiva, o bien, cuando no hay amenaza alguna. Es importante destacar la influencia de la teoría evolucionista y las neurociencias en este modelo explicativo, por lo tanto, la CFT focaliza el trabajo terapéutico en la disminución de las alertas del *Sistema de Detección de Amenazas* y el posterior aumento de la funcionalidad del *Sistema Tranquilizador, de Satisfacción y Seguridad* pues como bien apunta Gilbert (2010) al citar a Baumeister y Cols., se ha comprobado que nuestro cerebro le da mayor prioridad el lidiar con amenazas que con aspectos placenteros.

1.3.3.1 El Yo Compasivo (Compassionate self)

Dentro de este abordaje, la compasión es una emoción elemental a desarrollar para trabajar con los tres sistemas de regulación interna. En consecuencia, la terapia está orientada a generar compasión en el mundo interno del individuo, o bien, desarrollar un *yo compasivo* o *compassionate self*. Gilbert (2010) menciona lo siguiente:

[...] podemos crear diferentes patrones de actividad cerebral, y posteriormente concebirlas como diferentes partes de nosotros mismos. Por ejemplo, hay un patrón de nosotros que emerge cuando estamos enojados y este sería nuestro “yo” enojado. El “yo” enojado piensa, siente y actúa de cierta manera, de igual forma que hay un patrón de enojo, hay un patrón de ansiedad, o un patrón de enamoramiento. Tenemos cientos de patrones potenciales diferentes en nosotros. Desarrollar el “yo” compasivo y el patrón compasivo puede ser un punto clave para poder lidiar con esta “pluralidad de la mente” y, por supuesto, para afrontar los patrones desagradables, difíciles o dañinos que se presentan en nosotros”. (p. 159)

El mismo autor señala que la compasión puede tener una propiedad tranquilizante en el enojo o la ansiedad, de modo que puede ayudar a los pacientes a desarrollar coraje para enfrentar patrones conflictivos y aprender como tolerarlos y manejarlos de manera apropiada

En un estudio realizado por Lawrence y Lee (2014) los participantes describen el proceso de entrenamiento en auto-compasión como aterrador e intimidante, comparándolo con actividades como aprender un lenguaje extranjero o aprender el alfabeto de nuevo. Estos mismos autores citan un estudio de Pauley y McPherson donde los participantes con diagnóstico de

ansiedad y depresión experimentaban e imaginaban dicho proceso como algo que causaría aversión. De igual forma, los autores relacionan otro estudio realizado por Longe, donde la experiencia de auto-compasión activaba la respuesta neurofisiológica de la amígdala (el sistema de respuesta a amenazas del cerebro) en personas con altos niveles de auto-crítica. Tales estudios revelan la complejidad de los procesos de auto-compasión y la estrecha relación entre los sistemas de regulación emocional para experimentar y elaborar diferentes tipos de afectos positivos. He ahí donde la CFT busca sensibilizar al paciente y trabajar en torno a la elaboración de la compasión como una herramienta de regulación afectiva crucial para el sano desarrollo de los individuos.

1.3.4 Terapia grupal

Entendiendo que el ser humano es un ente social, se puede entender la modalidad de terapia grupal como una manera de brindar atención psicológica en presencia de varios individuos en los cuales se requiere poner atención a las similitudes y diferencias que plantea un proceso grupal a uno individual. González Núñez (1999) señala que la psicoterapia grupal implica el tratamiento de varios pacientes a cargo de uno o más terapeutas, en el cual se recurre a las motivaciones psicológicas profundas y a la dinámica grupal, las cuales actúan sobre los individuos y sobre el grupo. Así mismo, Yalom y Leszcz (2005) resalta los factores por los cuales se da el cambio terapéutico dentro de los procesos grupales y señala once componentes trascendentales: transmisión de la esperanza, universalidad, impartición de información, altruismo, recapitulación correctiva del grupo primario familiar, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, cohesión de grupo, catarsis y factores existenciales. Además de

estos elementos, se hace énfasis en el concepto de experiencia emocional correctiva, acuñado por el psicoanalista Franz Alexander, quien lo define como “el exponer al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo manejar en el pasado [...] para reparar la influencia traumática de la experiencia previa” (citado en Yalom, 2005, p. 27). De acuerdo a esto, se puede inferir que cuando un paciente se enfrenta a diversas circunstancias y eventos que ocurren dentro de un grupo se le están presentando una serie de oportunidades para que pueda elaborar una experiencia emocional correctiva y sería un motivo de más para suponer que el proceso generará un impacto positivo en el sentido estrictamente psicoterapéutico.

En el caso de la TCC, se ha logrado la creación de protocolos de tratamiento llevando los elementos indispensables del enfoque de lo individual a lo grupal, lo cual en sí mismo representa un gran reto para el terapeuta Cognitivo-Conductual. Söchting (2014) refiere que existe una gran complejidad dentro de los procesos de grupo, los cuales exigen un alto nivel de experticia para el facilitador de grupo TCC pues no solo se requiere el uso de técnicas específicas, si no además disponer de la habilidad requerida para manejar la variedad de interacciones interpersonales que son propias de las terapias grupales. Debido a lo sustancioso de esta gama de interacciones y mecanismos de acción, los que se han dedicado al trabajo de la psicoterapia grupal más allá de desdeñar las contribuciones de sus contrapartes de otras escuelas de pensamiento, han hecho bastante énfasis en la necesidad y utilidad de la integración de teorías y técnicas (Kleinberg, 2012).

1.3.5 Intervención Grupal en Foco

La intervención grupal en foco (IGF) es una propuesta de intervención psicoterapéutica que incorpora mecanismos de acción de terapia individual y terapia combinada, por lo que

pretende ser una aproximación empática de cada caso individual de los miembros de un grupo terapéutico (Castillo Ayuso, Vanega Romero & Escoffié Aguilar, 2017). Esta aproximación se propone comprender los factores que están en el núcleo del problema a tratar de cada participante, así como a la relación que dichos factores guardan entre sí, los cuales son conceptualizados dentro de un marco teórico estructurado que guía a lidiar con ellos en forma organizada y orientada a la meta terapéutica individual. Las entrevistas iniciales y la conceptualización de caso es la etapa inicial del proceso en IGF, se vuelve una fase imprescindible en IGF ya que brinda dirección al proceso terapéutica ya que es vital para entender las experiencias de cada integrante del grupo. Un aspecto a resaltar, es que la persecución de la meta terapéutica se realiza dentro de un grupo homogéneo en cuanto al contenido problemático, así como a las causas y soluciones del motivo de consulta, lo que permite retroalimentar y pulir las elucidaciones individuales sobre uno mismo y ampliar las alternativas de soluciones terapéuticas disponibles. Según Castillo, et.al. (2017) una intervención con estas características permite que el proceso terapéutico sea comprendido y juzgado como apropiado por cada paciente y su terapeuta, lo que facilita que el proceso sea guiado gradualmente por el terapeuta y se dé en colaboración y participación activa del individuo dentro del grupo.

1.3.5 Integración en psicoterapia

La psicoterapia se puede definir como “un proceso de interacción interpersonal entre dos personas, el terapeuta y el cliente; en la que el primero utiliza una serie de estrategias psicológicas para ayudar al segundo a vencer sus dificultades” (Vela Miranda, 2009, p. 142). El

concepto anterior facilita la comprensión acerca de la psicoterapia y su gestación como un proceso de unificación de diversos conocimientos y entendimientos acerca del conflicto y cambio humano, lo cual es vital para asimilar la forma en que diversas metodologías, técnicas y concepciones se han utilizado para generar bienestar o suscitar el cambio en el ser humano, mismas que han sido revaloradas, pulidas o modificadas desde diversos enfoques que en ocasiones pueden compartir o diferir en cuanto a la manera de trabajar en terapia y estimular los procesos antes mencionados. Como lo mencionan Botellas, Maestra, Feixas, Corbella y Ball (2015) a partir de los años 80's las perspectivas fragmentadas entre diversos enfoques se fueron abajo debido a la evidencia empírica que detallaba los beneficios y virtudes de diferentes abordajes terapéuticos en aquel entonces y de los cuales sobresalían las orientaciones psicodinámicas, conductuales y humanistas. Además, las constantes revisiones históricas que se han realizado acerca de los principales modelos psicoterapéuticos actuales señalan los orígenes comunes entre la psicoterapia psicoanalítica, la cognitivo-conductual y la interpersonal (Uribe Restrepo, 2008).

La compatibilidad que pudieran tener diversos enfoques a través de estos factores en común no es suficiente, es necesario que las propuestas integradoras se fundamenten empíricamente y que puedan ser verificables en cuanto a investigación y rigurosidad metodológica, además que dichas propuestas establezcan criterios de selección sistemática de técnicas o de formas de construir las relaciones terapéuticas (Botellas, et. al., 2015).

Uribe Restrepo (et. al., 2008) detalla que para que pueda existir integración en psicoterapia, es necesario que los modelos compartan factores comunes, si no, la integración no es posible. Dicho autor describe los diferentes modelos de factores comunes en psicoterapia entre

los que destacan elementos tales como la catarsis, los procesos de cambio, las cualidades del terapeuta, la alianza terapéutica, y subraya la necesaria articulación entre la teoría y práctica mediante un puente conceptual. En un estudio llevado a cabo por Botella y Maestra (2016) los hallazgos llevaron a la conclusión de que los terapeutas en formación que de diferentes escuelas teóricas que participaron en la investigación, identificaron aspectos comunes en cuanto a procedimiento y práctica terapéutica, siendo esto un indicador de la existencia de factores convergentes en las diferentes escuelas y abordajes psicoterapéuticos, confirmando la pertinencia y relevancia que llevaría consigo la integración en terapia. Por lo tanto, el reto al momento de integrar modelos de terapia va a más allá de elaborar y formular una propuesta de intervención, si no proveer herramientas de evaluación adecuadas de cada intervención integrativa con la intención de que sean replicables en el futuro y, sobre todo, optimizables.

2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del escenario y participantes

Los participantes son 8 adultos jóvenes de entre 19 y 25 años con síntomas depresivos que residen en Mérida, Yucatán, siendo 4 mujeres y 4 hombres quienes integraron el grupo de psicoterapia. Dicho grupo estaba conformado por estudiantes y recién egresados de las carreras de psicología y comunicación social. La muestra fue no probabilística por conveniencia y se consiguió a partir de una convocatoria abierta para participar en un grupo de psicoterapia para síntomas depresivos en las instalaciones del Servicio Externo de Apoyo Psicológico (SEAP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta fueron que las personas tuvieran entre 18 y 28 años y que reportaran al menos tres síntomas depresivos al momento de la entrevista basada en el QIDS-C16, y como criterios de exclusión se establecieron la presencia de síntomas psicóticos o que las personas estuvieran bajo tratamiento farmacológico.

2.2 Instrumentos

Entrevista Clínica Semiestructurada del QIDS-C16 (Quick Inventory of Depressive Symptomatology). Entrevista semiestructurada versión en español para México, basada en el QIDS-C16. Este instrumento se utilizó como instrumento de selección de los participantes y para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva. Consta de 16 preguntas abiertas respecto al ánimo decaído, sueño, apetito, actitudes de auto-crítica y riesgo suicida.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos, CES-D; Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). El CES-D (Radloff, 1977) adaptado al español (Herrero & Meneses, 2006) incluye varias dimensiones: ánimo deprimido, sentimientos

de culpa e inutilidad, pérdida de apetito, desamparo y desesperación, problemas de sueño, y problemas de concentración, aunque la escala también proporciona un índice general de ánimo depresivo. No evalúa la depresión en sí misma, sino la sintomatología que habitualmente va asociada a ella. La fiabilidad de la escala global según el Alpha de Cronbach es de .92.

Cuestionario de Trampas Vitales, general (Young & Klosko, 1994). Consta de 22 afirmaciones, con respuestas de opción múltiple: totalmente falso, la mayoría de las veces es falso, más verdadero que falso, en ocasiones verdadero, la mayoría de las veces verdadero y me describe perfectamente. El instrumento abarca 11 EMT y da la pauta para aplicar otro cuestionario específico para determinar la presencia de o no de una trampa vital o esquema. El autor no presenta datos psicométricos debido a que sugiere un uso clínico no normativo.

Cuestionario de Trampas Vitales, específico (Young & Klosko, 1994). Son once inventarios específicos, cada uno de ellos abarca un EMT: abandono, desconfianza, privación emocional, exclusión social, dependencia, vulnerabilidad, imperfección, fracaso, subyugación, normas inalcanzables y grandiosidad. Cada cuestionario consta de entre 9 y 12 afirmaciones, con respuestas de opción múltiple: totalmente falso, la mayoría de las veces es falso, más verdadero que falso, en ocasiones verdadero, la mayoría de las veces verdadero y me describe perfectamente. El autor no presenta datos psicométricos debido a que sugiere un uso clínico no normativo.

Registro de Pensamientos, Emociones y Conductas. Hoja de registro que consta de cuatro columnas verticales: ¿Qué sucedió? ¿Qué pensé? ¿Cómo me sentí? y ¿Qué hice? La intención es identificar la experiencia subjetiva de los integrantes respecto a sus pensamientos, emociones y conductas a lo largo del proceso terapéutico.

2.3 Procedimiento

Se utilizó un diseño pre-experimental de tipo pre-post de un solo grupo con la intención de evaluar la efectividad del grupo psicoterapéutico con respecto a la disminución de la intensidad de los síntomas depresivos e identificar los EMT que presentes en los participantes del grupo. La muestra se obtuvo al realizar una convocatoria abierta que se difundió a través de los periódicos murales de la Facultad de Psicología, así como en redes sociales y medios digitales. Cada participante agendó una cita y se realizó la entrevista basada en el QIDS-C16. Después de seleccionar a los 8 participantes, se acordó un horario en común y posteriormente se firmó el consentimiento (ANEXO Z). Las sesiones se llevaron a cabo una vez a la semana, con una duración de 2 horas con 30 minutos, dando un total de 14 sesiones. En la primera sesión se aplicó la preprueba, en la última sesión la posprueba.

2.4 Informe de resultados de la evaluación diagnóstica

Según los resultados de la entrevista semiestructurada del QIDS-C16 los ocho participantes presentaban síntomas asociados a la depresión por lo que fueron considerados para participar en el grupo terapéutico. Entre los síntomas que reportaron los pacientes se encontraban ánimo deprimido, anhedonia, aumento o disminución de peso en las últimas dos semanas, insomnio o hipersomnio, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpa excesiva y/o dificultades para concentrarse o tomar decisiones. Los síntomas de cada participante variaban en duración e intensidad, aún así ninguno de los participantes cumplió con los criterios diagnósticos propios de algún trastorno depresivo según DSM-V.

3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1 Introducción

En una TCC dirigida específicamente a la depresión, las metas del tratamiento consisten en disminuir o eliminar el riesgo suicida, incrementar los niveles de actividad conductual, incrementar y mejorar las relaciones sociales, y asistir al paciente en desarrollar una visión positiva del futuro a corto y mediano plazo (Leahy, et. al., 2012), por lo tanto, con la intención de idear una intervención específica para la depresión, se plantea una terapia cognitivo conductual integrativa para el tratamiento de síntomas depresivos, en la que se incorporan herramientas teóricas, conceptuales y prácticas de la Terapia Cognitivo-Conductual Terapia de Esquemas de Young y Terapia Centrada en la Compasión.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

- Diseñar, implementar y evaluar una IGF que integre elementos de la TCC, TEMT y CFT para disminuir la intensidad de los síntomas depresivos en una muestra de adultos jóvenes.

3.2.2 Objetivos específicos

- Diseñar una IGF que integre elementos de la TCC, TEMT y CFT.
- Implementar la IGF en una muestra de adultos jóvenes con síntomas depresivos.
- Evaluar la efectividad de la intervención respecto a la disminución de la intensidad de los síntomas depresivos en los participantes del grupo.
- Identificar y evaluar los Esquemas Maladaptativos Tempranos que presenta una muestra de adultos jóvenes.

- Describir el contenido subjetivo de los pensamientos, emociones y conductas de cada uno de los participantes durante la intervención.

3.2.3 Preguntas de investigación

- ¿Qué Esquemas Maladaptativos Tempranos predominan en los adultos jóvenes con síntomas depresivos?
- ¿La intervención será eficaz para disminuir síntomas depresivos en jóvenes adultos?
- ¿Qué pensamientos, emociones y conductas se irán modificando a lo largo del proceso?

3.3 Programa de intervención

El programa de intervención se desarrolló en base a los supuestos teóricos, técnicos y terapéuticos de la TCC, TEMT y CFT, empleando como modalidad de acción la IGF. En total se llevaron a cabo 15 sesiones, una de selección y diagnóstico, y las demás de intervención. Los objetivos de los módulos, contenido de sesiones, uso de técnicas y estrategias, así como comentarios adicionales del terapeuta están descritos y detallados en el ANEXO A. El contenido y la dirección de cada sesión se elaboró tomando en cuenta las conceptualizaciones de caso y los datos iniciales reportados en el QIDS-C16. Las 14 sesiones de intervención se dividieron en tres diferentes módulos en los cuales la base era el proceso de psicoeducación y socialización de cada terapia. Debido a al número de pacientes dentro del grupo terapéutico se estableció la duración de cada sesión a 2 horas con 30 minutos una vez la semana. En la primera sesión se aplicó la preprueba y en la sesión catorce se aplicó la posprueba que consistió del CES-D (ANEXO L), Cuestionario de Trampas Vitales General (ANEXO M) y Cuestionarios de Trampas Vitales Específicas (ANEXOS N-X).

Durante cada una de las sesiones los participantes llenaron un auto registro de Pensamientos, Emociones y Conductas (ANEXO Y) que registraban las experiencias y situaciones que vivían cada semana.

Es importante remarcar que la intención del tesista al elaborar y al ejecutar el programa fue el de conectar factores comunes entre las terapias aquí empleadas, tanto durante la fase de psicoeducación, como al momento de aplicar las técnicas o al introducir dinámicas grupales. De la misma forma, el procurar utilizar técnicas y estrategias de un módulo en otro, fue la base integrativa de la presente propuesta.

En el primer módulo el objetivo primordial fue socializar a los participantes en el modelo cognitivo y la teoría del A-B-C, introducir la reestructuración cognitiva a través del diálogo socrático, el descubrimiento guiado y la identificación de distorsiones cognitivas pues dichos elementos son las bases del programa de intervención. Junto con lo anterior, se agregaron asignaciones de actividades basadas en la activación conductual y el llenado de registros de pensamientos, emociones y conductas para desarrollar el auto monitoreo como habilidad.

El segundo módulo estuvo conformado por diversas técnicas que se desprenden de la TEMT y que tiene un carácter sustancialmente experiencial. La psicoeducación en el modelo de esquemas se presenta como el primer paso, siendo una guía para explorar las experiencias infantiles tempranas de cada uno de los participantes y relacionar dichas experiencias con su sintomatología actual. En este segmento, la relación terapéutica cobró gran importancia y la técnica de reparentalización limitada guio el proceso de intervención. Ejercicios de role playing y mindfulness tuvieron la función de fortalecer en los pacientes la capacidad para disputar

creencias centrales irracionales en el ‘aquí y ahora’, apoyados por las instrucciones y descripciones brindadas por el terapeuta.

El tercer modulo adiciona la práctica de la compasión como una herramienta para transformar los pensamientos y disminuir las intensas emociones relacionadas con la culpa y la vergüenza. La CFT tiene como tarea importante explorar el concepto de ‘compasión’. La definición de compasión que se adopta y se fomenta en la presente intervención fue: la sensibilidad de sentir el sufrimiento propio o de otros, y tener un compromiso por aliviarlo (Heriot-Maitland, Vidal, Ball & Irons, 2014). A partir de lo anterior, se fueron conectado los modelos cognitivos y de esquemas para unificarlos con el modelo de CFT basado en una concepción evolucionista de la depresión, la ansiedad y el trauma. El mindfulness, la imaginaria, el role playing y la reestructuración cognitiva cobran un papel importante para estimular la autocorrección compasiva sobre la autocrítica basada en la vergüenza.

El uso de algunas estrategias previamente mencionadas es descrito con mayor detalle a través de viñetas clínicas en el ANEXO J

3.3.1 Técnicas y estrategias

3.3.1.1 Psicoeducación en TCC, TEMT y CFT

Una parte importante de la TCC es la psicoeducación en el modelo. Este enfoque promueve un proceso activo y colaborativo, basado en el aquí-y-ahora, que requiere un compromiso del paciente hacia sí mismo y la terapia. En esta etapa de la intervención el objetivo es enseñar al paciente, desde el modelo cognitivo, acerca de las causas de la depresión: disminución en recompensas y aumento de acontecimientos negativos, dificultades para ejercer

conductas adaptativas, tendencias negativas en pensamiento y estándares poco realistas de perfeccionismo y búsqueda de aprobación (Leahy, et.al., 2012).

Por otro lado, durante el proceso de socialización en esquemas, el terapeuta educa al paciente en relación al modelo de esquemas el cual tiene como objetivo en que los pacientes aprendan, fundamentalmente, a través de diálogos, lecturas asignadas y la auto-observación, a identificar sus propios esquemas, la naturaleza y el origen de los mismos, así como los estilos de afrontamiento y como se manifiestan en sus relaciones afectivas y problemas de la vida cotidiana. A medida que aprenden sobre el modelo, los pacientes pueden participar más plenamente en la formulación de sus conceptualizaciones de caso (Young, et al., 2015).

3.3.1.2 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva se define como el proceso mediante el cual se ayuda al paciente a identificar aspectos de su pensamiento que tengan un alcance negativo o limitado, y modificar dicho pensamiento para vislumbrar una perspectiva más amplia y balanceada del problema (Wenzel, Dobson & Hays, 2016).

3.3.1.3 Activación conductual

Concebida originalmente como una terapia de tercera generación, la técnica consiste en “un proceso estructurado de conductas abiertas dirigido a poner en contacto al individuo con unas contingencias ambientales reforzantes, del tal forma que, paralelamente, se vaya produciendo una mejoría en cuanto a pensamientos, estados de ánimo y calidad de vida” (Díaz, Ruíz & Villalobos, 2017, p. 590).

3.3.1.4 Imaginación guiada

Davis, McKay y Eshelman, citados por Monroy, Torres y Aguilar en 2009, explican que en esta técnica el terapeuta guía el pensamiento del paciente mediante la descripción de situaciones, zonas corporales y/o colores, buscando que la persona se sienta reconfortada y relajada tanto visual como sensorialmente.

3.3.1.5 Role-playing

Desde un enfoque conductista, el role playing se entiende como una técnica en la cual terapeuta y paciente realizan ensayos de conducta o modelado, experimentos en los cuales se intercambian papeles para que el paciente pueda comprobar que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad (Díaz, et. al., 2017).

3.3.1.6 Reparentalización limitada

La reparentalización limitada es una técnica propia de TEMT, siendo una aproximación a las experiencias emocionales perdidas del paciente tomando en cuenta el estadio evolutivo del mismo, posicionando al terapeuta como una figura capaz de proveer aceptación incondicional, límites realistas, reciprocidad y espontaneidad dentro de un marco ético y profesional (Young, et al., 2015). Se focaliza en los esquemas que emanan de la relación con el terapeuta, lo cual ofrece la posibilidad de reconocer y modificar esquemas ‘in vivo’ (Cucchi, 2016).

3.3.1.7 Autocorrección compasiva

Un objetivo medular en la CFT es que el paciente pueda distinguir entre autocrítica basada en la vergüenza y autocorrección compasiva. La técnica consiste en guiar al paciente a través del uso de la compasión a enfocarse en el deseo de mejorar, de promover apoyo y gentileza, construir desde lo positivo, a basarse en atributos y cualidades específicas de sí mismo

y enfocarse en la esperanza por alcanzar el éxito; para contrarrestar de esta forma la otra cara de ‘la moneda’, la auto-crítica basada en la vergüenza, orientada en el deseo de condenarse y sufrir, en el castigo respecto a errores en el pasado, a provocar retroceso y sentimientos de ira, frustración y decepción, basada en los defectos y el miedo a que estos sean expuestos (Gilbert, 2010).

4. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Los datos obtenidos de cada uno de los instrumentos de evaluación del programa se presentan desglosados a continuación. En primer lugar, se presentan los resultados del CES-D y las pruebas estadísticas correspondientes, seguido de los resultados de los cuestionarios de Trampas Vitales y por último, la descripción de las experiencias de los participantes a través de los auto registros de Pensamiento, Emoción y Conducta (PEC) a manera de complemento.

En la Tabla 1, aparecen edades, sexo y faltas de cada integrante del grupo a lo largo de las 15 sesiones terapéuticas (una de diagnóstico, catorce de intervención). Además, en los ANEXOS B, C, D, E, F, G, H e I se presentan las conceptualizaciones de caso de cada participante, de las cuales se tomaron elementos a consideración para diseñar el programa de intervención.

Tabla 1. Edad, sexo y faltas de cada participante de la IGF

Participante	Edad	Sexo	Faltas
1	22	H	2
2	19	M	0
3	23	M	0
4	22	M	3
5	26	M	1
6	22	H	1
7	23	H	1
8	19	H	1

4.1 Análisis descriptivo de resultados CES-D

Para evaluar el impacto de la intervención y determinar si los cambios reportados entre cada aplicación fueron significativos, se realizó un análisis estadístico de los resultados del instrumento CES-D a través de la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas (no paramétrica) y posteriormente se llevó a cabo la comparación de los estadísticos descriptivos

para identificar diferencias. Los resultados de la prueba estadística se presentan en la Tabla 2 y Tabla 3, respectivamente. Los resultados del análisis estadístico de Wilcoxon demuestran que los cambios que presentan los participantes no son significativos en relación a la preprueba y la posprueba.

Tabla 2. Estadísticos de la Prueba Wilcoxon para muestras relacionadas con pacientes con síntomas depresivos.

Z	Significado asintótico (bilateral)
-.700	.484

Tabla 3. Diferencias en las variables descriptivos de la Prueba Wilcoxon entre cada aplicación con pacientes con síntomas depresivos.

Aplicación	\bar{x}	95% IC
Pre	67.88	56.92-78.83
Post	63.5	52.49-74.51

Por otro lado, la comparación de las medias del grupo entre preprueba y posprueba indican que a pesar de que no hay un cambio estadísticamente significativo, si existió una disminución de la sintomatología depresiva por parte de los participantes del grupo donde la media disminuye casi 4 puntos. En la Tabla 4 se presentan las medias de las respuestas de los participantes a los reactivos del instrumento las cuales indican una variabilidad con respecto a la intensidad de los síntomas que reporta cada miembro entre el pre y post. Los participantes 3, 5, 6 y 8 reportan una disminución del promedio de los reactivos de 1.2, 1.4, 0.5 y 0.9 puntos

respectivamente; en cambio, los participantes 1, 2, 4 y 7 reportan un aumento del promedio de los reactivos de 0.6, 0.3, 1.1 y 0.2 puntos. Al menos la mitad de los participantes del grupo se vieron beneficiados del proceso terapéutico.

La tabla 5 expone los resultados con respecto a la validez interna del CES-D donde el Alpha de Cronbach de 0.88 demuestra la fiabilidad del instrumento.

Tabla 4. Medias de las respuestas de cada participante a los reactivos del CES-D.

Sujetos	\bar{X} Pre	\bar{X} Post
1	2	2.6
2	3.45	3.8
3	3.6	2.35*
4	3	4.15
5	4	2.6*
6	4	3.5*
7	3.35	3.55
8	3.75	2.85*

Tabla 5. Fiabilidad del instrumento, Alpha de Cronbach

A	Σ
.88	13.16

4.2 Análisis descriptivo de resultados del Cuestionario de Trampas Vitales.

En primera instancia, los resultados del Cuestionario de Trampas Vitales General sirvieron como una herramienta de *screening* dando un indicio de cuales EMT podían presentar los miembros del grupo. Posteriormente se aplicó el Cuestionario de Trampas Vitales Específico el cual determinó que EMT presentaba cada participante. En la Figura 1 se aprecia la frecuencia

en la que cada EMT apareció en todas las personas del grupo, entendiendo que cada persona podía presentar como máximo 11 trampas vitales y que un mismo EMT se podía presentar como máximo 8 veces por ser ocho sujetos en el grupo. Según los resultados de la preprueba, todos los participantes presentaban el EMT de Fracaso, cinco participantes el EMT de Imperfección y Exclusión Social, siendo estos los EMT que aparecieron con más frecuencia en el grupo durante la preprueba. El EMT de Vulnerabilidad solo se presenta en un participante, Abandono y Desconfianza/Abuso estuvieron presentes en dos participantes solamente, siendo estos los que aparecen con menor frecuencia en la muestra durante la preprueba. En total, la muestra presentó 36 EMT.

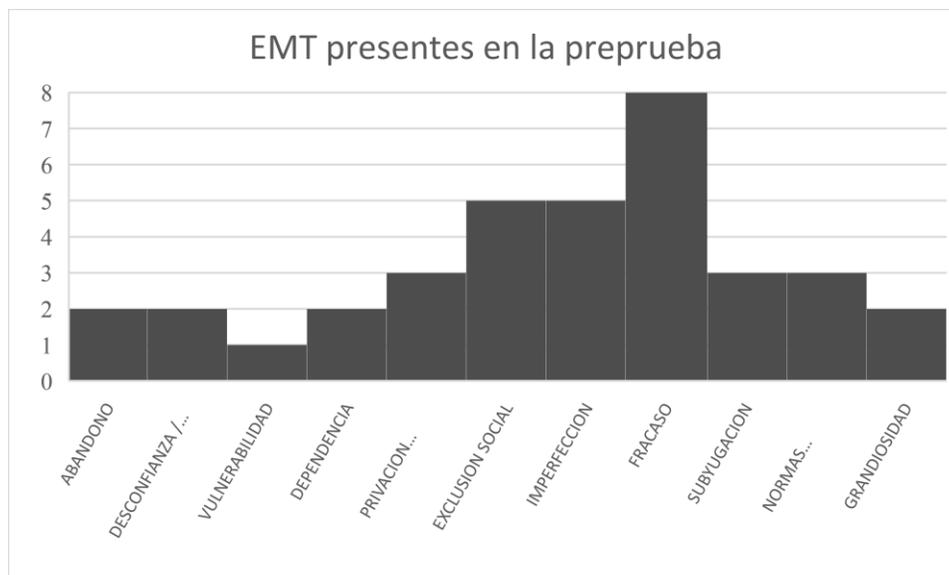


Figura 1. Frecuencia de esquemas presentes en los participantes del grupo durante la preprueba.

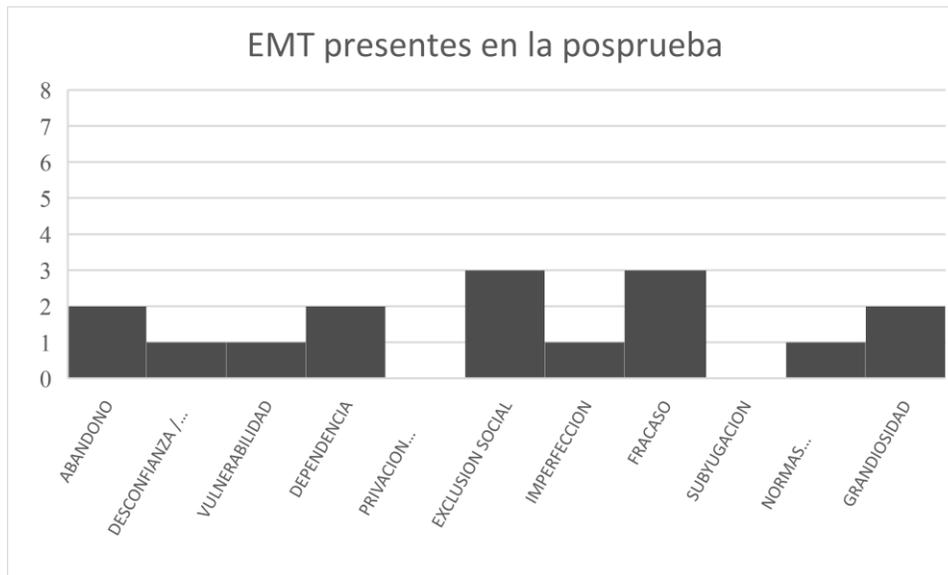


Figura 2. Frecuencia de esquemas presentes en los participantes del grupo durante la posprueba.

En contraste, en la posprueba se identifica una disminución en la frecuencia de EMT según los resultados del Cuestionario de Trampas Vitales, General y Específico. La frecuencia de Fracaso disminuyó a 3, la de Exclusión Social a 3 e Imperfección a 1. Cabe resaltar que, a diferencia de la preprueba, la posprueba arrojó un total de 16 EMT en los integrantes del grupo, lo que significa una disminución de 20 EMT en total a lo largo del proceso terapéutico.

4.3 Análisis de resultados del Registro de Pensamientos, Emociones y Conductas.

Durante cada semana los integrantes del grupo redactaron sus experiencias en función al modelo ABC donde plasmaron situaciones del día a día acompañadas de los pensamientos, emociones y conductas resultantes de eventos significativos ocurridos mientras participaron en la IGF. En total, cada participante realizó trece autorregistros los cuales se entregaron entre la sesión 3 y 14 del grupo terapéutico. Es importante resaltar que los registros fueron utilizados

como complemento para presentar de una forma breve y clara la experiencia personal de los miembros del grupo, con la intención de complementar los resultados y conclusiones de la presente investigación. En este apartado se muestran algunas de las situaciones redactadas por los participantes en diferentes momentos del proceso y en las cuales se aprecian cambios a nivel cognitivo, afectivo o conductual que reportan de manera subjetiva algunos de ellos.

En la Tabla 6 se muestran tres situaciones redactadas por el participante número 1. En dicha tabla se pueden observar, en el caso particular del participante mencionado, se puede identificar el uso estrategias adaptativas durante la semana 7 y 13. Particularmente, la columna de pensamiento en la semana 7, refleja una búsqueda de evidencias por parte del participante número 1, lo que lo lleva a sentir confianza y posteriormente a realizar una conducta enfocada a la meta.

Tabla 6. Registro P.E.C. de participante No. 1

Semana	¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?
1	Platicaba con una amiga sobre el amor y el desamor, y pensé que estoy solo.	Que me gustaría enamorarme otra vez	Nostalgia	Ver Netflix todo el día.
7	Platiqué con una amiga sobre mis problemas en casa y trabajo.	Primero, que no entendería como me siento. Luego, como alternativa pensé que no tenía motivos para pensar eso de ella.	Apoyo, confianza.	Agendamos una cita para seguir platicando.

Semana	¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?
13	Fui a ayudarles a unos amigos a grabar un video de un trabajo.	Pensé que esto ya lo hacía por placer, más que porque tenía que.	Felicidad	Terminar el trabajo.

En la Tabla 7 se exponen situaciones reportadas por la participante número 4, quien explica un evento en la semana 7 el cual refleja un cambio cognitivo, que a su vez revela un cambio en emoción y conducta. Sin embargo, más adelante en la semana 13, pareciera que vuelve a repetir pensamientos y emociones desfavorables, pero aún así reporta una estrategia de afrontamiento adaptativa ya que la conducta (procurar ser cariñosa con su pareja) pudiera ser una conducta benéfica para solucionar el problema.

Tabla 7. Registro P.E.C. de participante No. 4

Semana	¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?
1	Mis amigos no me respondieron mensajes y me dejaron en “visto”.	Que no les caía bien, que les aburro y que ya no debía hablarles.	Tristeza, desesperación, odio.	Llorar y dejar de hablarles.
7	Tuve la tarde libre y trabajé en algunas tareas y proyectos.	Que me gustaba lo que hacía en la escuela y que lo hacía bien.	Tranquilidad, armonía.	Continué trabajando e hice bien mi tarea. Me agradó el resultado.
13	Mi novio me reclamó por ser fría y me dijo que estaba en mí hacer un cambio, que ir a terapia era sólo una excusa.	Sólo pensaba que ya está harto de mí.	Tristeza, desesperación.	Traté de explicarle e intenté ser cariñosa con él.

Las experiencias del participante número 5 se presentan en la Tabla 8. En este caso específico, los autorregistros demuestran una evolución gradual más pronunciada. Entre la semana 1, 6 y 13 se pueden advertir cambios en lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual ante hechos similares en los cuales sus capacidades y habilidades fueron puestas a prueba, lo que solía generar pensamientos que referenciaban altos niveles de auto-crítica y emociones negativas asociadas a la culpa y la vergüenza. En la columna de pensamientos, se puede apreciar como la participante puso en práctica la disputa de creencias irracionales y fue capaz de generar alternativas realistas de pensamiento, lo que desembocó en afectos sanos y estrategias de afrontamiento más adecuadas.

Tabla 8. Registro P.E.C. de participante No. 5

Semana	¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?
1	Organicé una feria de Xbox y me felicitaron por el éxito de la feria.	No es verdad. Aunque se controló, todo fue un desastre y es por mi inexperiencia.	Conmoción, tristeza.	Llorar.
6	Me pidieron que la próxima semana supla las clases de una amiga, pero me dijo que me lo pidió porque su primera opción no podía.	Si soy la segunda opción, es porque no soy lo suficientemente buena. Filtraje: Si me consideró y me lo está pidiendo significa que si puedo con el trabajo. Primera o segunda opción, te	Antes: Frustración, decepción, tristeza. Después: Contemplativa y emocionada.	Acepté, y cuando le conté a mi amigo (que era la primera opción) me dijo que ya sabía porque él me recomendó.

		están teniendo la confianza.		
13	El primer día del viaje a Campeche, hablando con las/los participantes, me di cuenta que no entendía muchas cosas porque me hablaban en lenguaje jurídico.	Debí estudiar más sobre el tema, se van a dar cuenta y van a pensar que soy una pendeja. Después: No estudias Derecho, obvio no vas a entender todo. Además, estás empezando, es válido que estés aprendiendo.	Un poco de nervios.	Seguí con mi trabajo y lo hice lo mejor que pude.

En la Tabla 9 aparecen las anotaciones del participante número 6. En dicha tabla podemos identificar registros similares a los de otros participantes, sobre todo en lo que respecta a la disputa de pensamientos y creencias disfuncionales o poco realistas, además sobresale la anotación de un Pensamiento Automático Negativo, acompañado de una Alternativa de Pensamiento más adaptativa. Estos elementos repercuten de manera directa en las emociones y mayormente en las conductas de este, y los demás participantes.

Tabla 9. Registro P.E.C. de participante No. 6

Semana	¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?
1	Soñé con mi ex	Me puse a recordar las cosas que pasamos juntos.	Tristeza	Me distraje jugando.

4	Encontré fotos viejas con mi ex.	Que debe ser más feliz sin mí, que pude haber hecho algo mal. Alternativa: Pensé que no es la única persona, que no es mi razón para ser feliz.	Me relajé bastante. Simplemente ya no me afectó.	Continué con lo que estaba haciendo.
13	Me dijeron “intenso”.	Que a veces si lo soy, y que puedo controlarme más porque ahuyento a la gente.	Seguridad y decisión.	Me pude controlar y dejé de sentirme ansioso.

La información proporcionada por los registros ofrece una visión más amplia de los alcances del programa de intervención fuera de las sesiones, confirma la utilidad del auto registro como herramienta de auto monitoreo y permite identificar cuales estrategias fueron puestas en práctica los participantes. A pesar de ser un complemento, los auto registros son un reflejo de los procesos cognitivos subyacentes en los participantes de un proceso terapéutico de esta índole lo cual corrobora la utilidad del instrumento.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según los resultados presentados, se aprecian diferentes variables las cuales se considera pertinente examinar una a una. En primera instancia, el análisis de las respuestas del instrumento CES-D a través de la Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas demuestra claramente que los resultados reportados por los miembros del grupo no son estadísticamente significativos.

De alguna forma, esto confirma lo sustentado por Cuijpers, van Straten y Warmerdam, (2008) quienes explican que la TCC en modalidad grupal no suele ser tan efectiva como la TCC en modalidad individual, respecto a los resultados a corto plazo. Sin embargo, recalcan que intervenciones grupales e individuales tienen resultados favorables o similares estadísticamente significativas cuando el proceso dura más de 6 meses. De manera similar, Feng, et.al. (2012) concluyen que para mantener u optimizar los efectos de la terapia grupal Cognitivo-Conductual es recomendable regresar a tratamiento individual o grupal no menos de 6 meses después de haber concluido la primera intervención. Las citas anteriores sugieren que una de las áreas de oportunidad de la propuesta aquí expuesta es el extender la duración del proceso terapéutico a un aproximado de 12 meses, o bien, establecer un número de sesiones mayor a las catorce que conformaron la intervención.

También, Cuijpers (et.al., 2008) explican que la modalidad grupal requiere más tiempo para alcanzar resultados positivos equiparables a los de la terapia individual, pero a pesar ello, destacan los beneficios de la terapia grupal en relación a los costos humanos y económicos pues dichos costos suelen reducirse la mitad debido a la practicidad y al alcance del trabajo en grupo. Los autores antes mencionados acentúan además que las terapias grupales suelen tener índices más altos de deserción que las terapias individuales, cuestión que no se vio reflejada en la

presente intervención ya que ningún paciente abandonó el proceso y esto podría ser valorado como un atisbo de una adecuada ejecución de la técnica terapéutica.

En contraste con lo anterior, es pertinente resaltar los datos derivados del análisis descriptivo de las diferencias de las medias en los reactivos del CES-D, tanto a nivel grupal, como a nivel individual, ya que estos datos evidencian cambios de carácter cuantitativo, por lo tanto, corroboran el potencial de un programa psicoterapéutico que integre elementos de la TCC, de la TEMT y la CFT.

Asimismo, cobran relevancia los resultados de frecuencias de los EMT identificados y evaluados a partir de los Cuestionarios de Trampas Vitales ya que es un indicativo adicional del impacto positivo de la intervención. Las conceptualizaciones de caso brindaron pistas para el desarrollo de estrategias fundadas en las hipótesis teóricas iniciales, por lo tanto, el screening apoyado en las entrevistas iniciales reveló altas probabilidades de que la muestra fuera a presentar EMT específicos tales como Fracaso, Imperfección o Exclusión Social. Los resultados preliminares son equiparables con los hallazgos de Carter, McIntosh, Jordan, Porter, Frampton y Joyce (2013) quienes identificaron en una muestra de pacientes con depresión clínica EMT de *Imperfección, Fracaso y Abandono*, similares a la muestra que participo en este trabajo. De acuerdo a esto, las técnicas y las actividades planeadas tuvieron como propósito abordar dichos puntos dentro del grupo y esto se reflejó en los resultados finales. La disminución de la frecuencia de EMT entre pre y post puede estimarse como una señal alentadora del alcance que tuvo el proceso terapéutico grupal para los participantes.

Un componente suplementario a la investigación fue el incorporar un Registro de Pensamientos, Emociones y Conductas con la mera intención de comparar los resultados cuantitativos con la experiencia particular de cada integrante. Llama la atención que en la mayoría de los miembros del grupo los registros indican cambios favorables en los tres niveles de mayor relevancia dentro de los enfoques cognitivo-conductuales, que son los pensamientos, las emociones y las conductas. Sin la intención de sustituir los resultados cuantificables con los datos proporcionados por los registros, en la presente investigación se reconoce el análisis de las vivencias de los pacientes dentro de la intervención ya que contienen información valiosa en el sentido clínico y técnico, más allá de la utilidad metodológica.

En un texto clásico e imprescindible de la psicología clínica del siglo pasado, Mischel (1968) explica que la principal información que nos proporciona un cliente proviene de reportes orales o escritos, donde los sonidos o las palabras que emite el cliente son conductas verbales, por lo tanto, dichas verbalizaciones tienen significados que deben de analizarse. Explica que algunos conductistas excluyen intencionalmente aspectos críticos del funcionamiento humano tales como el lenguaje. La revisión de los registros de pensamientos, emociones y conductas tienen la función de servir como una herramienta de evaluación conductual que profundice más allá de los datos duros o estadísticos, pues claramente brindan información relevante. No es sorpresa que los datos referidos por los pacientes muestren cambios positivos que no reflejan los datos estadísticos.

Simultáneamente, vale la pena revisar con atención ciertos requisitos previamente establecidos dentro del marco de la intervención los cuales son imprescindibles para evaluar los resultados estadísticos para esta y futuras propuestas terapéuticas de corte Cognitivo-Conductual.

La realización de las tareas en casa y las auto-asignaciones estipuladas durante las sesiones son un parámetro de evaluación a tener en cuenta. Un estudio realizado por Neimeyer, Kazantzis, Kassler, Baker y Fletcher (2008) sugiere que la voluntad de realizar actividades de auto-ayuda, el cumplimiento de las tareas en casa y la adquisición de habilidades cognitivas están relacionados al predecir resultados positivos respecto a los síntomas en la terapia grupal Cognitivo-Conductual. La mayoría de los participantes realizaron las tareas y auto-asignaciones en los tiempos acordados, pero pudo haber sido provechoso establecer medidas adicionales, para incentivar a los pacientes a cumplir con los ejercicios cuando no eran reportados o efectuados fuera de la sesión. Se considera pertinente tomar este factor en cuenta para futuros trabajos e investigaciones.

Se considera también, que los resultados encontrados contribuyen al desarrollo teórico y práctico de la Intervención Grupal en Foco. Como se ha mencionado anteriormente, este abordaje parte de la conceptualización individual de cada caso presente en el grupo terapéutico por lo que se procura desarrollar estrategias particulares para los motivos y necesidades de cada paciente o integrante (Castillo, et.al., 2017). En el caso particular de esta investigación, los resultados indican que la Intervención Grupal en Foco tiene como elemento característico la variabilidad del producto final. Las medias individuales de los promedios de respuestas de reactivos presentados en el apartado de resultados, demuestran como algunos participantes reportaron una mejoría considerable, mientras otra parte del grupo no. Debido al factor predominante de la conceptualización de caso individual y el trabajo con las características particulares de cada paciente frente a grupo, la variabilidad se presenta como un factor a tomar en cuenta para futuras investigaciones que busquen implementar esta aproximación, teniendo en

consideración que la fluctuación de experiencia no es imperiosamente una debilidad, si no que puede ser indicativo de la naturaleza compleja de las interacciones humanas dentro de un *setting* terapéutico.

5.1 Limitaciones

Algunas de las limitaciones identificadas son las siguientes. La primera y posiblemente la más importante, es el diseño pre experimental de la intervención. Al ser un diseño de tipo pre-post con un solo grupo se cree conveniente agregar a futuro un grupo control para identificar con mayor claridad el impacto de la propuesta terapéutica. De igual forma, la muestra es reducida por lo que sería un error generalizar los resultados de la intervención y la recomendación para quien pretenda replicar la intervención sería gestionar recursos económicos y humanos que permitan ampliar la cantidad de participantes a evaluar.

En segundo lugar, al momento de participar en la intervención, el ser el único terapeuta puede tener puntos a favor y en contra. En este caso, queda claro el provecho que se le puede sacar a la presencia de mínimo dos terapeutas dentro de las sesiones grupales, sobre todo si se toma en cuenta el postulado que suscribe que “dos cabezas piensan mejor que una”. La presencia de dos terapeutas puede potencializar el proceso en muchos sentidos, a nivel técnico, a nivel de organización y a nivel de eficacia terapéutica. La presencia de más de un terapeuta sería, sin duda alguna, favorable para el proceso. Otra limitación fue la falta de un observador independiente que se encargue de monitorear y valorar el apego del terapeuta (o los terapeutas) a la técnica durante las sesiones, a través de un checklist formulado de acorde a los objetivos planteados al inicio del proceso. Elaborar un formato que pueda ser revisado por un observador

externo como un instrumento adicional para evaluar el desempeño del terapeuta brindaría consistencia teórica y metodológica a los resultados de una investigación terapéutica en un futuro.

Por último, se considera que el programa aquí propuesto se podría beneficiar si se realizaran adecuaciones culturales de la TCC, TEMT y CFT específicas para población mexicana. Aguilera, Garza y Muñoz (2010) subrayan la importancia de adaptar culturalmente las psicoterapias basadas en evidencia para mejorar los resultados de los tratamientos en pacientes y poblaciones de habla hispana. Por lo tanto, ajustar culturalmente modelos teórico-prácticos de psicoterapia desarrollados fuera del país es un aspecto vital debido a la utilidad y beneficios que éstos pueden traer para aplicar dichas modalidades terapéuticas con diversas poblaciones en México.

6. Referencias

- Aguilera, A., Garza, M. J., & Muñoz, R. F. (2010). Group cognitive-behavioral therapy for depression in Spanish: culture-sensitive manualized treatment in practice. *Journal of Clinical Psychology, 66*(8), 857-867.
- Andersen, B., & Rasmussen, P. H. (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care, 4*(1), 14.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19th ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México, 55*(1), 74-80. Recuperado en 18 de abril de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&tlng=en.
- Botella, L., & Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 25*(1).
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S., & Vall, B. (2015). Integración en psicoterapia 2015: Pasado, presente y futuro. *Integración en Psicoterapia. doi, 10*.
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders, 151*(2), 500-505.

- Castillo Ayuso, R., Vanega Romero, S., & Escoffié Aguilar, E. (2017). *Intervención grupal en foco*. Material no publicado.
- Cucchi, A. (2016). An academic, professional and personal journey towards change using schema therapy: From symptom-focus to personal growth. *Counselling Psychology Review, 31(1)*, 31-37
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Weitz, E., Gentili, C., & Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 46(16)*, 3451-3462. doi:10.1017/S0033291716002348
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults?: a meta-analysis. *The European Journal of Psychiatry, 22(1)*, 38-51.
- Díaz, M., Ruíz, M., & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Dickson, J. M., & Gullo, M. J. (2015). The role of brief CBT in the treatment of anxiety and depression for young adults at a UK university: a pilot prospective audit study. *The Cognitive Behaviour Therapist, 8*, e14
- Farrell, J. M., Reiss, N., and Shaw, I. (2014). *The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs*. Chichester; Hoboken: John Wiley & Sons.
- Feng, C. , Chu, H. , Chen, C. , Chang, Y. , Chen, T. , Chou, Y. , Chang, Y. and Chou, K. (2012), The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: A meta-analysis 2000 -2010. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 9(1)* 2-17.

doi:10.1111/j.17416787.2011.00229.x

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *Plos One*, 8(7), e69637.

doi:10.1371/journal.pone.0069637

Friedman, E. (2011). Classification, causes and epidemiology. In E. Friedman & I. Anderson, *Managing depression in clinical practice* (1st ed.). London: Springer-Verlag.

García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175. doi:10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811

Gilbert, P. E. (2010). *Compassion-focused therapy: Distinctive features [Terapia centrada en la compasión: Características distintivas]*. London: Taylor & Francis.

Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Andrews, G., & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39(12), 2043-2059.

González Nuñez, J. (1999). *Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. Ciudad de México: El Manual Moderno.

Grant J. E., Potenza M. N. (2010). *Young Adult Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.

Haber, S. N., Safadi, Z., & Milad, M. R. (2013). Meeting report: "Depression and

- Anxiety Spectrum disorders: from basic science to the clinic and back". *Biology Of Mood & Anxiety Disorders*, 3(1), 6. doi:10.1186/2045-5380-3-6
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal Of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-276. doi:10.1891/0889-8391.25.4.257
- Herrero, J. y Meneses, J. (2006). Short Web-based versions of the perceived stress (PSS) and Center for Epidemiological Studies-Depression (CESD) Scales: a comparison to pencil and paper responses among Internet users. *Computers in Human Behavior*, 22, 830-848.
- Heriot-Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal Of Clinical Psychology*, 53(1), 78-94. doi:10.1111/bjc.12040
- Hofmann, S. (2013). *An Introduction to Modern CBT*. Hoboken, N.J.: Wiley.
- Hughes, C., Herron, S., & Young, J. (2014). *CBT for mild to moderate depression and anxiety: A guide to low-intensity interventions*. Maidenhead, United Kingdom: Open University Press.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420-429.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks:

- The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301.
- Kleinberg, J. (2012). Introduction to group psychotherapy. In J. Kleinberg, *The Wiley-Blackwell handbook of group psychotherapy* (pp. 1-8). John Wiley & Sons.
- Korman, G. P., & Lake, J. (2015). Foreword. En: J. Greenblatt & K. Brogan, *Integrative therapies for depression. Redefining models for assessment, treatment, and prevention*. Boca Raton: CRC Press.
- Lawrence, V. A., & Lee, D. (2014). An Exploration of People's Experiences of Compassion-focused Therapy for Trauma, Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(6), 495-507. doi:10.1002/cpp.1854
- Leahy, R., Holland, S. and McGinn, L. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Leyfer, O., & Brown, T. A. (2011). The Anxiety-Depression Spectrum. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp. 281–295). Oxford: Oxford University Press, USA.
- Monroy, N. V., Torres, L. G. V., & Aguilar, S. A. (2009). Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos.
- Neimeyer, R. A., Kazantzis, N., Kassler, D. M., Baker, K. D., & Fletcher, R. (2008). Group cognitive behavioural therapy for depression outcomes predicted by willingness to engage in homework, compliance with homework, and cognitive restructuring skill acquisition. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(4), 199-215.
- Priemer, M., Talbot, F., & French, D. J. (2015). Impact of Self-Help Schema Therapy on

- Psychological Distress and Early Maladaptive Schemas: A Randomised Controlled Trial. *Behaviour Change*, 32(1), 59-73. doi:10.1017/bec.2014.30
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385– 401.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: results of a multiple single case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 51, 66-73.
- Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2017). *Boletín Epidemiológico Semana 50*. (p. 64). Ciudad de México: Dirección General de Epidemiología.
- Söchting, I. (2014). *Cognitive behavioral group therapy*. John Wiley & Sons.
- Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Family Practice*, 32(1), 3-15. doi:10.1093/fampra/cmu060
- Uribe Restrepo, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 14-28.
- van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical model. Schemas, coping

- styles, and modes. En M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort, *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema. Therapy Theory, Research, and Practice* (pp. 27-40). Oxford: John Wiley & Sons.
- van Vliet, K. J., & Kalnins, G. C. (2011). A Compassion-Focused Approach to Nonsuicidal Self-Injury. *Journal Of Mental Health Counseling*, 33(4), 295-311.
- van Vreeswijk, M. F., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and Schema Therapy: A Practical Guide*. Oxford, Wiley-Blackwell.
- Vela Miranda, O. (2009). Un proceso de integración de la psicoterapia basado en los aportes de la neurociencia. *Revista De Psicología*, (11), 141-146.
- Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortíz, D. L. S. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11.
- Welford, M. (2010). A Compassion Focused Approach to Anxiety Disorders. *International Journal Of Cognitive Therapy*, 3(2), 124-140. doi:10.1521/ijct.2010.3.2.124
- Wenzel, A., Dobson, K., & Hays, P. (2016). *Cognitive behavioral therapy techniques and strategies*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Whisman, M. (2008). *Adapting cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New

York: Basic Books.

Young, J. E. & Klosko, J. S. (1994). *Reinventar tu vida*. New York: Plume Books

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2015). *Terapia de Esquemas. Guía práctica*. España: Desclée De Brouwer.

Zarate Jr., C. A. (2010). Psychiatric disorders in young adults: depression assessment and treatment. En: *Young Adult Mental Health* (ed. J. E. Grant & M. N. Potenza), pp. 206–230. Oxford: Oxford University Press.

ANEXO A

PROGRAMA INTERVENCIÓN	
SESION 1	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de PREPRUEBA - Reglamento del grupo - Presentación de los participantes y casos - Objetivos y metas del proceso
DESCRIPCION	Primero se brindó una breve bienvenida y posteriormente se realizó la aplicación de la PREPRUEBA. Luego se compartió el reglamento del grupo y se profundizó en la presentación de cada uno de los participantes y la narración de sus situaciones personales, síntomas y motivos de consulta. Se finalizó esclareciendo y consensuando los objetivos del proceso terapéutico grupal.
ASIGNACIONES	N/A
COMENTARIOS	Los integrantes del grupo se mostraron atentos y respetuosos hacia las conversaciones que se generaron durante el primer encuentro.
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Psicoeducación en el Modelo Cognitivo y Activación Conductual
SESION 2	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación en el Modelo Cognitivo - Intervenciones basadas en Activación Conductual - Entregar formato de auto-registros de Pensamiento, Emoción y Conducta (PEC)
DESCRIPCION	En esta sesión se abordó el Modelo Cognitivo de la depresión donde se explicó el ABC y los elementos de la Triada Cognitiva. A continuación, se introdujo la Activación Conductual y se estableció una agenda de actividades placenteras para cada miembro del grupo a manera de auto-asignación la cual se le daría seguimiento durante cuatro sesiones. Para finalizar se entregó el auto-registro de PEC's el cual irán llenando a lo largo de todo el proceso.
ASIGNACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda de Actividades Placenteras - Auto-registro PEC's
COMENTARIOS	N/A
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Identificar Pensamientos Automáticos Negativos (PAN's)
SESION 3	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas: Agenda de Actividades Placenteras y PEC's

	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar Pensamientos Automáticos Negativos (PAN's) - Reestructuración cognitiva
DESCRIPCION	Se inició la sesión revisando las primeras asignaciones y la experiencia de los participantes, para luego hacer una ronda de retroalimentación. Posteriormente, retomando el modelo ABC, se explicó el concepto de PAN's con la intención que los fueran identificando en sus propios auto-registros. Por último, se realizó una ronda de retroalimentación donde el terapeuta procuró realizar reestructuración cognitiva.
ASIGNACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda de Actividades Placenteras - Auto-registro PEC's
COMENTARIOS	N/A
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Identificar Distorsiones Cognitivas
SESION 4	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas: Agenda de Actividades Placenteras y PEC's - Explorar PAN's - Introducir e identificar Distorsiones Cognitivas - Reestructuración cognitiva
DESCRIPCION	La primera actividad del día fue revisar las tareas, identificar obstáculos y motivar el cambio a través de los avances positivos identificados por los participantes. Enseguida, se revisaron las distorsiones cognitivas y se les pidió identificarlas en sus auto-registros semanales de PEC's. Luego se realizaron varias rondas de retroalimentación y comentarios en las que se identificó, reflejó e intervino a través de preguntas socráticas, elaboración de explicaciones alternativas y búsqueda de evidencia.
ASIGNACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda de Actividades Placenteras - Auto-registro PEC's
COMENTARIOS	Se observó una participación más activa por parte de los integrantes del grupo durante las rondas de retroalimentación, además de que se les nota más familiarizados con los términos y procesos del modelo cognitivo.
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Continuar reestructuración cognitiva y realizar primer ejercicio de Mindfulness.
SESION 5	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tareas: Agenda de Actividades Placenteras y PEC's

	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con la identificación y refutación de creencias irracionales (PAN's y distorsiones cognitivas). - Ejercicio de Imaginería - Ejercicio Mindfulness
DESCRIPCION	<p>Iniciamos la sesión para revisar por última ocasión las agendas individuales de actividades placenteras y se realizó una primera ronda de retroalimentación. Después, de manera voluntaria, algunos miembros del grupo compartieron sus auto-registros PEC's y continuamos identificando PAN's y distorsiones cognitivas, para luego intervenir con reestructuración cognitiva (por parte del terapeuta, como de los miembros del grupo). Al final, durante los últimos 30 minutos se realizó un ejercicio introductorio de imaginería y otro de mindfulness.</p>
ASIGNACIONES	- Auto-registro PEC's
COMENTARIOS	N/A
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Psicoeducación en el modelo de Esquemas de Young
SESION 6	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación en el Modelo de Esquemas <ul style="list-style-type: none"> o Experiencias infantiles y necesidades nucleares o Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) o Modos de Afrontamiento - Que los integrantes del grupo puedan identificar sus propios EMT.
DESCRIPCION	<p>El foco central de esta sesión fue explicar y socializar el Modelo de Esquemas de Young para que los integrantes del grupo pudieran formular sus problemáticas individuales a través de los lentes de este modelo. Después de revisar los conceptos, se realizó una primera ronda de preguntas y respuestas para aclarar dudas, luego una segunda ronda para comentar las características de sus propios esquemas y una tercera ronda de retroalimentación entre terapeuta y participantes.</p>
ASIGNACIONES	- Auto-registro PEC
COMENTARIOS	Debido a la amplitud del modelo de Esquemas, todo el tiempo de la sesión fue destinada a revisar conceptos y relacionarlos con el día a día de los integrantes del grupo.
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Continuar psicoeducación en el Modelo de Esquemas.

SESION 7	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación en el Modelo de Esquemas <ul style="list-style-type: none"> o Experiencias infantiles y necesidades nucleares o Modos de Esquemas - Que los integrantes del grupo puedan conversar sobre sus experiencias infantiles y la relación con sus EMT y Modos de Esquemas.
DESCRIPCION	Continuamos revisando la última parte de los conceptos del Modelo de Esquemas, el cual constaba de los Modos de Esquemas. Posteriormente, se les invitó a ir identificando sus EMT, Modos de Afrontamiento y Modos de Esquemas a través de las experiencias que habían escrito en sus auto-registros semanales, continuando así con rondas de retroalimentación. A partir de esta sesión se comienza a utilizar la técnica de Confrontación Empática.
ASIGNACIONES	- Auto-registro PEC
COMENTARIOS	Reflexiones, memorias y comentarios respecto a las experiencias infantiles de los integrantes fueron un tema recurrente en las conversaciones.
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Intervención MODO Padre Punitivo/Demandante
SESION 8	
OBJETIVOS	- Intervención Modos Padre Punitivo/Demandante
DESCRIPCION	Iniciamos la sesión revisando los auto-registros PEC y se les pidió a los participantes que identificaran pensamientos, emociones y conductas derivados de sus Modos de Padre Punitivo/Demandante. Se realizaron dinámicas experienciales en torno a esto basadas en el dibujo y el role-playing para reflexionar acerca de sus esquemas y modos durante la sesión. Durante la última hora de la sesión, se realizó una extensa ronda de reflexiones y conversaciones en cuanto a lo vivido en sesión.
ASIGNACIONES	Auto-registro PEC
COMENTARIOS	Durante las intervenciones del terapeuta, se procuró continuar con reestructuración cognitiva y confrontación empática.
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Intervención MODO Niño Vulnerable y Adulto Sano
SESION 9	
OBJETIVOS	- Intervenir Modo Niño Vulnerable y reforzar Modo Adulto Sano.

DESCRIPCION	Apoyados en los auto-registros PEC y recordando situaciones comentadas en sesiones anteriores, se realizaron ejercicios de imaginación guiada dirigidas a intervenir con Reparentalización Limitada para trabajar con el Modo de Niño Vulnerable. A continuación, se procuró que los participantes describieran las características de su Modo de Adulto Sano y reflexionar formas de apoyarse en este modo ante situaciones específicas que impactan en sus síntomas depresivos.
ASIGNACIONES	Auto-registro PEC
COMENTARIOS	N/A
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Estrategias conductuales
SESION 10	
OBJETIVOS	- Estrategias conductuales: romper con los esquemas y modos desadaptativos de afrontamiento.
DESCRIPCION	A través de la revisión de auto-registros, se realizaron varias rondas de retroalimentación para identificar que conductas adaptativas han ido en aumento y cuales desadaptativas han disminuido. De igual forma, con el apoyo del grupo, se fueron ideando estrategias para continuar ‘rompiendo’ con patrones conductuales que surgen de la activación de esquemas, sobre todo patrones que tuvieran relación con el Modo de Adulto Sano.
ASIGNACIONES	Auto-registro PEC
COMENTARIOS	N/A
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Psicoeducación Modelo Terapia Centrada en la Compasión (CFT).
SESION 11	
OBJETIVOS	- Psicoeducación en Modelo de CFT
DESCRIPCION	Gran parte de la sesión de hoy fue brindar los elementos psicoeducativos del Modelo de CFT a los integrantes del grupo, y encontrar los puntos que unen este modelo con los revisados en sesiones pasadas, así como los beneficios que les puede ofrecer para los síntomas depresivos. Se abordó en gran medida lo que significa la compasión, las diferencias con otros conceptos y se finalizó con una ronda de conversación acerca del ‘self’ compasivo.
ASIGNACIONES	Auto-registro PEC
COMENTARIOS	N/A
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Trabajar a profundidad con Yo Compasivo
SESION 12	

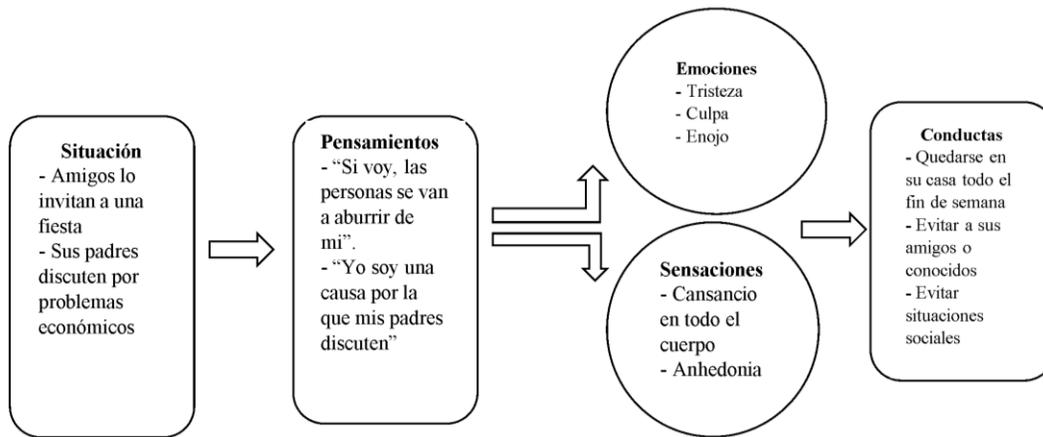
OBJETIVOS	- Identificar y moldear el Yo Compasivo (Self-Compasivo)
DESCRIPCION	Se inició la sesión realizando un ejercicio de mindfulness, para luego abordar la importancia del ‘aquí y el ahora’ e identificar las emociones que están presentes en los participantes en el momento que se lleva a cabo la sesión. Luego, se repasaron las características de la compasión y después se les pidió pensar en personas o personajes reales o ficticios que ellos consideran compasivos. Se hicieron dos rondas de conversación y se les pidió reflexionar sobre el impacto que ha tenido en ellos los actos compasivos de otros hacia ellos. Durante esta sesión se la técnica de autocorrección compasiva. Se les asignó una práctica compasiva, en la que actuarían como el personaje compasivo del que conversó cada uno durante la siguiente semana y se finalizó con un ejercicio de mindfulness.
ASIGNACIONES	- Auto-registro PEC - Práctica compasiva
COMENTARIOS	Se procuró ir hilando conceptos psicoeducativos durante las conversaciones, tales como PAN’s, distorsiones cognitivas, EMT y modos de esquemas, además de utilizar reestructuración cognitiva y confrontación empática, de ser necesario.
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	Trabajar a profundidad con Yo Compasivo
SESION 13	
OBJETIVOS	- Identificar y moldear el Yo Compasivo (Self-Compasivo)
DESCRIPCION	Se inició la sesión revisando los registros para conocer las reacciones y experiencias con la asignación que se dejó la última sesión. Posteriormente se realizó un ejercicio de mindfulness que después se conectó con un ejercicio de role-playing. Finalmente se asignaron dos prácticas compasivas para la última semana: “Alien por un día” y “Testigo imparcial”.
ASIGNACIONES	- Auto-registro PEC - Práctica compasiva
COMENTARIOS	N/A
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	- Cierre del grupo
SESION 14	
OBJETIVOS	- Aplicación POST-TEST - Repaso de herramientas - Prevención de recaídas

DESCRIPCION	Al iniciar la sesión se revisó el último auto-registro donde los participantes plasmaron sus experiencias con las asignaciones de prácticas compasivas y se realizaron dos rondas de retroalimentación sobre el uso de la compasión y auto-compasión en el día a día. A continuación, se repasaron las herramientas abordadas durante el proceso y los cambios que se observaron a lo largo de la terapia y se les incentivó para que las utilicen terminando la terapia, esto como estrategia de prevención de recaídas. Por último, se aplicó el post-test y se dio por terminado el proceso terapéutico.
ASIGNACIONES	N/A
COMENTARIOS	N/A
PLAN PARA LA PROXIMA SESION	N/A

ANEXO B

Conceptualización de caso - Paciente 1

1. **PACIENTE:** No. 1
EDAD: 22 años
ESTADO CIVIL: Soltero
OCUPACION: Estudiante
2. **SINTOMAS / PROBLEMAS REFERIDOS:** Estado de ánimo decaído, autocrítica excesiva y aislamiento social.
3. **CREENCIAS NUCLEARES:** “Soy aburrido y nadie quiere estar conmigo”, “Siempre me va mal en el amor, me voy a quedar solo”, “Mis relaciones siempre terminan porque se hartan de lo imperfecto que soy”, “Las personas se aburren a mi lado”.
4. **DISTORSIONES COGNITIVAS:** FILTRAJE – SOBREGENERALIZACIÓN – VISIÓN CATASTRÓFICA - PERSONALIZACIÓN



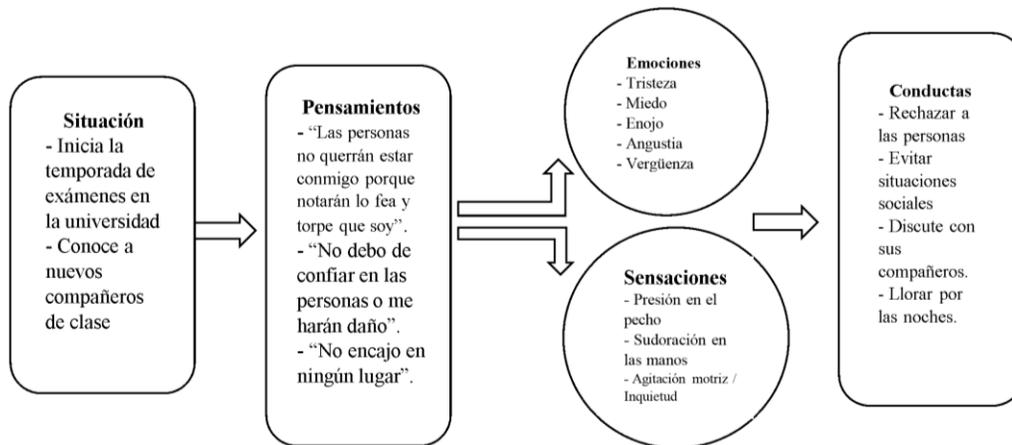
5. **ORIGENES DE DESARROLLO:** Padre emocionalmente distante y exigente, padre y madre con matrimonio inestable desde que él era pequeño, dificultades económicas que provocaban conflictos graves en su hogar.
6. **NECESIDADES NUCLEARES INSATISFECHAS:** Seguridad, apego, aceptación, estabilidad y competencia

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (EMT)	DESENCADENANTES	MODOS DE ESQUEMA RELEVANTES	MODOS DE AFRONTAMIENTO
Exclusión social	Situaciones y eventos sociales • Discusiones con sus padres	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación Sobrecompensación
Imperfección	Situaciones y eventos sociales • Discusiones con sus padres • Relaciones de pareja	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Fracaso	Situaciones y eventos sociales • Discusiones con sus padres • Relaciones de pareja	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
-	-	-	-

ANEXO C

Conceptualización de caso - Paciente 2

1. **PACIENTE:** No. 2
EDAD: 19 años
ESTADO CIVIL: Soltera
OCUPACION: Estudiante
2. **SINTOMAS / PROBLEMAS REFERIDOS:** Sentimientos de inutilidad y culpa, estado de ánimo decaído, dificultad para concentrarse, autocrítica excesiva, angustia y ansiedad, cansancio físico.
3. **CREENCIAS NUCLEARES:** “Las personas no querrán estar conmigo porque notaran lo fea y torpe que soy”, “No debo de confiar en las personas o me harán daño”, “No encajo en ningún lugar”, “Las personas son muy injustas conmigo”, “Nunca me salen bien las cosas”.
4. **DISTORSIONES COGNITIVAS:** Filtraje – Pensamiento polarizado – Sobregeneralización – Visión catastrófica – Personalización - Deberías



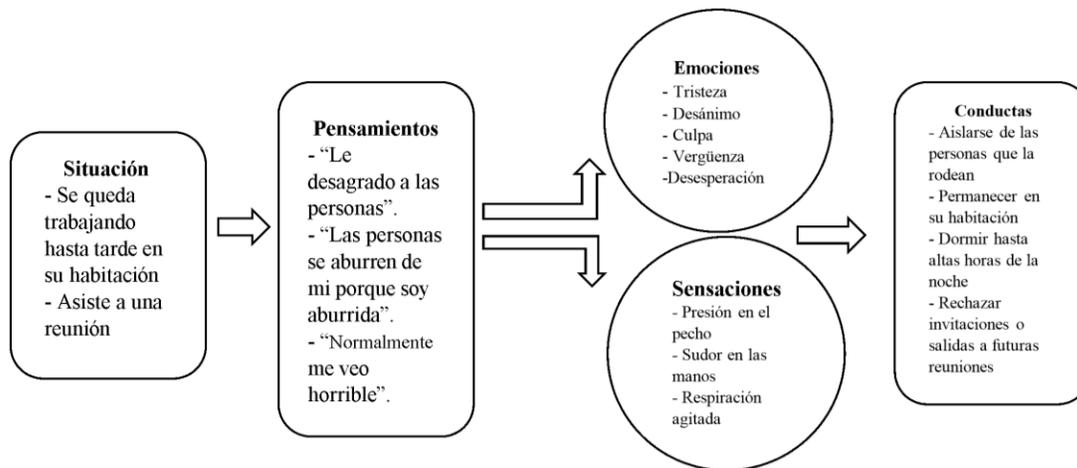
5. **ORIGENES DE DESARROLLO:** Padres emocionalmente distantes, madre demandante y padre desapegado/retraído, su madre sufrió depresión durante los primeros tres años de vida de su hija, sufrió bullying en la primaria y secundaria, en su familia no se expresaban emociones a excepción de la ira, la tristeza se “guardaba”.
6. **NECESIDADES NUCLEARES INSATISFECHAS:** Apego, confianza, aceptación, estabilidad y competencia

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (EMT)	DEENCADENANTES	MODOS DE ESQUEMA RELEVANTES	MODOS DE AFRONTAMIENTO
Imperfección	•Situaciones sociales en escuela •Conflictos de pareja •Interacción con familia	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Fracaso	•Responsabilidades escolares y laborales •Interacción con amigos •Conflictos de pareja	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Desconfianza / Abuso	•Situaciones sociales en escuela •Interacción con familia	Niño Vulnerable	Rendición Evitación
Exclusión Social	•Situaciones sociales en escuela •Interacción con amigos	Niño Vulnerable Niño Impulsivo / Agresivo	Rendición – Evitación – Sobrecompensación

ANEXO D

Conceptualización de caso - Paciente 3.

1. **PACIENTE:** No. 3
EDAD: 23 años
ESTADO CIVIL: Soltera
2. **SINTOMAS / PROBLEMAS REFERIDOS:** Estado de ánimo decaído, sentimientos de inutilidad y culpa, autocritica excesiva y aislamiento social.
3. **CREENCIAS NUCLEARES:** “Es mejor estar sola”, “No debo de confiar en las personas o me harán daño”, “No encajo en ningún lugar”, “Las personas son muy injustas conmigo”, “Nunca me salen bien las cosas”, “El mundo es un lugar hostil”.
4. **DISTORSIONES COGNITIVAS:** FILTRAJE – PENSAMIENTO POLARIZADO – VISIÓN CATASTRÓFICA – RAZONAMIENTO EMOCIONAL



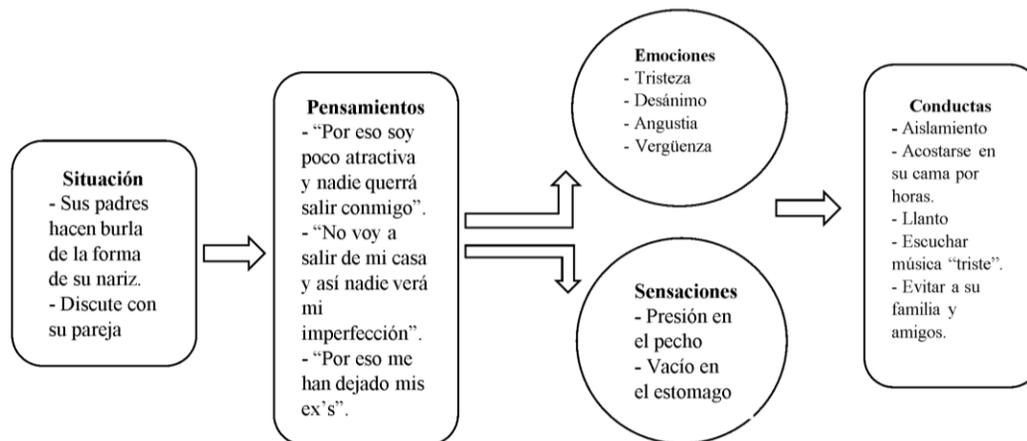
5. **ORIGENES DE DESARROLLO:** Madre ambivalente, quien le ha demandado desde pequeña ajustarse a estereotipos femeninos de belleza y sociedad; padre periférico a quien ella misma describe como un “niño”, o “un hermano más en la casa”, con problemas de adicciones y con TOC diagnosticado; en la adolescencia experimentó relaciones de amistad y de pareja ofensivas, quienes la insultaban, desplazaban o minimizaban.
6. **NECESIDADES NUCLEARES INSATISFECHAS:** Apego, confianza, aceptación, identidad, validación y expresión de emociones.

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (EMT)	DESENCADENANTES	MODOS DE ESQUEMA RELEVANTES	MODOS DE AFRONTAMIENTO
Fracaso	•Situaciones sociales •Conflictos familiares •Discusiones con su madre	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Exclusión social	•Situaciones sociales	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Subyugación	•Conflictos en relaciones interpersonales	Niño Vulnerable	Rendición
Privación Emocional	•Conflictos en relaciones interpersonales	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación

ANEXO E

Conceptualización de caso - Paciente 4

1. **PACIENTE:** No. 4
EDAD: 22 años
ESTADO CIVIL: Soltera
OCUPACION: Estudiante
2. **SINTOMAS / PROBLEMAS REFERIDOS:** Sentimientos de inutilidad y culpa, estado de ánimo decaído, dificultad para concentrarse, autocrítica excesiva e inactividad y retraimiento de actividades de su día a día.
3. **CREENCIAS NUCLEARES:** “Me voy a quedar sola”, “Soy fea y poco inteligente”, “Siempre he sido aburrida y la gente se desespera de mi”, “No tengo amigos porque no soy agradable ni tengo cualidades positivas”, “Si expreso lo que siento, se van a burlar de mi o usarlo en mi contra”.
4. **DISTORSIONES COGNITIVAS:** FILTRAJE – SOBREGENERALIZACION – VISION CATASTROFICA – INTERPRETACION DE PENSAMIENTO - CULPABILIDAD



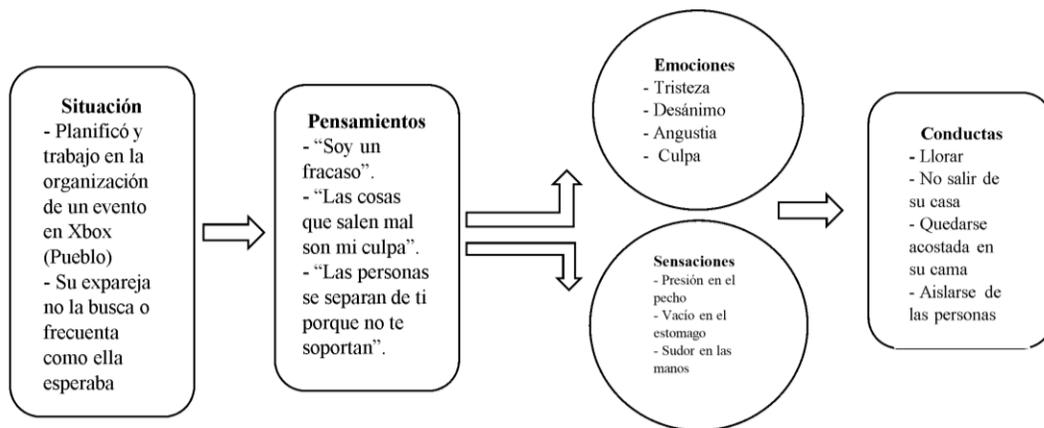
5. **ORIGENES DE DESARROLLO:** Padres emocionalmente distantes y demandantes, son muy críticos con ella desde que era una niña; sus padres discuten constantemente; los integrantes de su familia suelen “estar tristes o deprimidos” y no expresan lo que sienten; aprendió a guardarse lo que piensa y siente para resolver sus problemas “en silencio”; se mudó constantemente a diferentes ciudades de México y EU por el trabajo de sus padres; cuando su hermana falleció su familia quedó bastante lastimada.
6. **NECESIDADES NUCLEARES INSATISFECHAS:** Apego, seguridad, confianza, aceptación, sentido de identidad, libertad para expresar emociones, estabilidad, autonomía y competencia

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (EMT)	DESENCADENANTES	MODOS DE ESQUEMA RELEVANTES	MODOS DE AFRONTAMIENTO
Imperfección	•Situaciones sociales en escuela •Citas •Conflictos de pareja •Interacción con familia	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Fracaso	•Responsabilidades escolares y laborales •Citas •Interacción con amigos	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Exclusión Social	•Interacción con familia •Conflictos de pareja	Niño Vulnerable	Rendición
Abandono	•Interacción con familia •Conflictos de pareja	Niño Vulnerable	Rendición – Evitación – Sobrecompensación

ANEXOS F

Conceptualización de caso - Paciente 5

1. **PACIENTE:** No. 5
EDAD: 26 años
ESTADO CIVIL: Soltera
OCUPACION: Psicóloga
2. **SINTOMAS / PROBLEMAS REFERIDOS:** Sentimientos de inutilidad y culpa, estado de ánimo decaído, autocritica excesiva, inactividad física y retraimiento de actividades de su día a día.
3. **CREENCIAS NUCLEARES:** “Soy un fracaso”, “Lo que hago nunca está bien”, “Soy insoportable”, “Nadie quiere ni querrá estar conmigo”, “Me voy a quedar sola”, “Las cosas las debo de hacer siempre bien”.
4. **DISTORSIONES COGNITIVAS:** FILTRAJE – SOBREGENERALIZACION – VISION CATASTROFICA – INTERPRETACION DE PENSAMIENTO – PERSONALIZACION - DEBERIAS



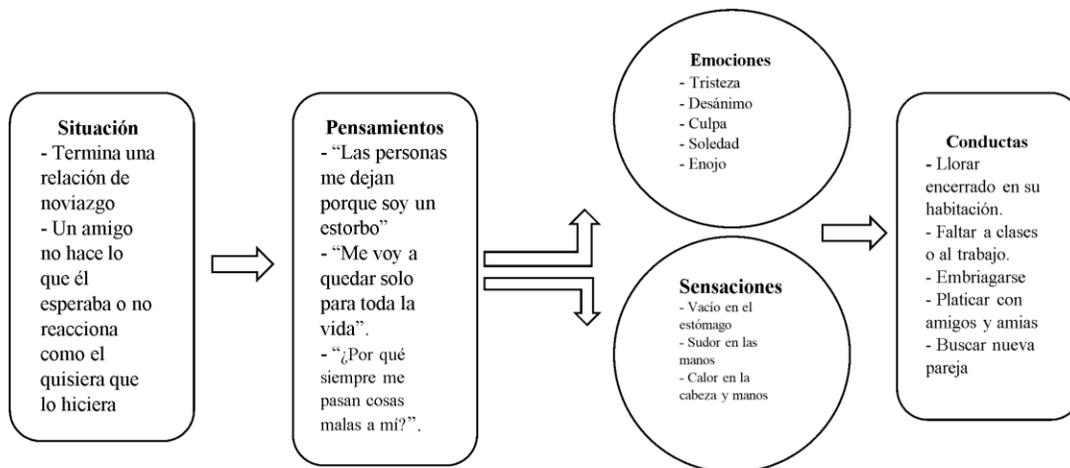
5. **ORIGENES DE DESARROLLO:** Madre demandante y castigadora, padre demandante y emocionalmente distante, su familia es muy crítica con ella (y con los demás miembros) desde que era niña; sus padres se separaron cuando ella estaba pequeña; aprendió a guardarse lo que piensa y siente para resolver sus problemas “en silencio”; en su infancia y adolescencia buscó la forma de cumplir con las demandas y expectativas de sus padres.
6. **NECESIDADES NUCLEARES INSATISFECHAS:** Apego, seguridad, confianza, aceptación, estabilidad y competencia.

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (EMT)	DEENCADENANTES	MODOS DE ESQUEMA RELEVANTES	MODOS DE AFRONTAMIENTO
Imperfección	•Situaciones sociales en escuela •Citas •Conflictos de pareja •Interacción con familia	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Fracaso	•Responsabilidades escolares y laborales •Citas •Interacción con amigos	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Abandono	•Interacción con familia •Conflictos de pareja	Niño Vulnerable	Rendición – Evitación – Sobrecompensación
-	-	-	-

ANEXO G

Conceptualización de caso - Paciente 6

1. **PACIENTE:** No. 6
EDAD: 22 años
ESTADO CIVIL: Soltero
2. **SINTOMAS / PROBLEMAS REFERIDOS:** Estado de ánimo decaído, sentimientos de inutilidad, culpa y vergüenza, autocrítica excesiva, desesperanza, anhedonia y sensación de vacío.
3. **CREENCIAS NUCLEARES:** “Estar solo es lo peor que me puede pasar”, “Las personas están mejor cuando no están conmigo”, “Soy torpe y flojo”, “Las personas son muy injustas conmigo”, “Las cosas deben de pasar como yo quiero y espero que pasen”, “Si las cosas no salen como yo espero va a ser terrible y no podré soportarlo”.
4. **DISTORSIONES COGNITIVAS:** FILTRAJE – PENSAMIENTO POLARIZADO – VISIÓN CATASTRÓFICA – RAZONAMIENTO EMOCIONAL - PERSONALIZACION



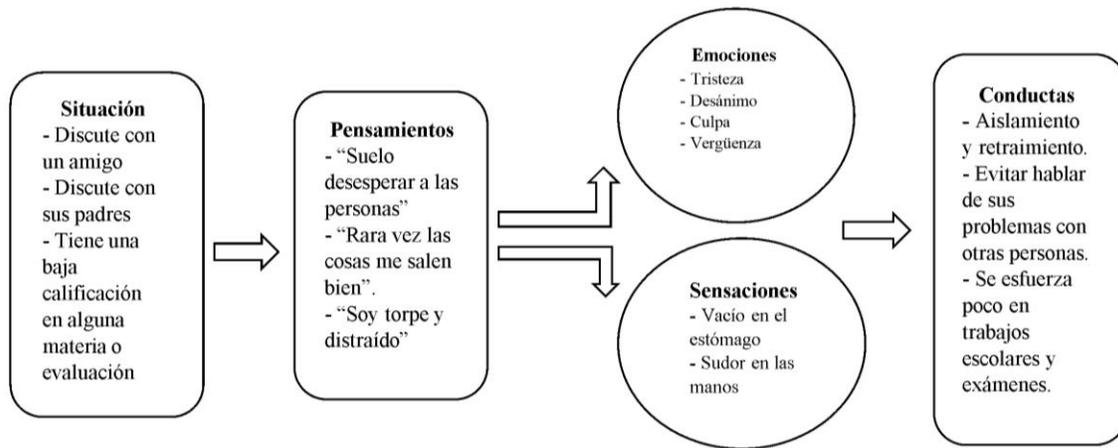
5. **ORIGENES DE DESARROLLO:** Padre y madre emocionalmente distantes, sobre todo el padre; sensación de poco apoyo y cercanía en la infancia y adolescencia por parte de su familia; experiencias infantiles de rechazo y burla por parte de compañeros en la escuela; memorias en torno a fuertes rabietas para conseguir “lo que quería”, patrón de parejas intensas e inestables desde la adolescencia.
6. **NECESIDADES NUCLEARES INSATISFECHAS:** Apego, confianza, aceptación, estabilidad, identidad, límites y auto-control

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (EMT)	DESENCADENANTES	MODOS DE ESQUEMA RELEVANTES	MODOS DE AFRONTAMIENTO
Fracaso	•Situaciones sociales •Conflictos familiares •Discusiones con su madre	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Imperfección	•Situaciones sociales en escuela •Citas •Conflictos de pareja •Interacción con familia	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Grandiosidad	•Discusiones con amigos y compañeros •Conflictos de pareja •Sentimientos de frustración y enojo	Niño Enojado/Impulsivo Niño Vulnerable	Sobrecompensación
-	-	-	-

ANEXO H

Conceptualización de caso - Paciente 7

1. **PACIENTE:** No. 7
EDAD: 23 años
ESTADO CIVIL: Soltero
2. **SINTOMAS / PROBLEMAS REFERIDOS:** Estado de ánimo decaído, sentimientos de inutilidad, culpa y vergüenza, autocrítica excesiva.
3. **CREENCIAS NUCLEARES:** “Nadie quiere estar conmigo”, “Soy torpe y aburrido”, “No soy bueno en situaciones sociales”, “Soy un mal hijo”.
4. **DISTORSIONES COGNITIVAS:** FILTRAJE – PENSAMIENTO POLARIZADO – SOBREGENERALIZACION – VISIÓN CATASTRÓFICA



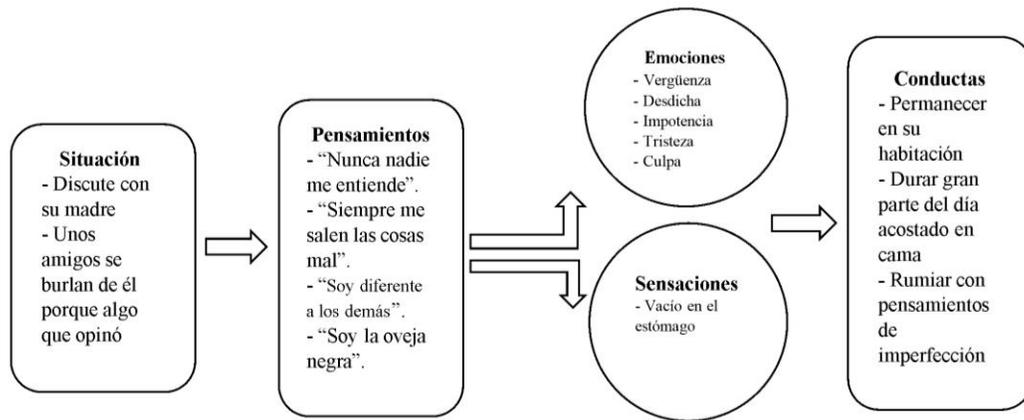
5. **ORIGENES DE DESARROLLO:** Familia emocionalmente distante, sensación de poco apoyo y cercanía en la infancia y adolescencia por parte de su familia.
6. **NECESIDADES NUCLEARES INSATISFECHAS:** Apego, confianza, aceptación, estabilidad e identidad.

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (EMT)	DEENCADENANTES	MODOS DE ESQUEMA RELEVANTES	MODOS DE AFRONTAMIENTO
Fracaso	•Situaciones sociales •Conflictos familiares	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Imperfección	•Situaciones sociales en escuela •Citas	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Normas inalcanzables	•Discusiones con amigos y compañeros •Citas	Niño Enojado/Impulsivo Niño Vulnerable	Rendición Evitación
-	-	-	-

ANEXO I

Conceptualización de caso - Paciente 8

1. **PACIENTE:** No. 8
EDAD: 19 años
ESTADO CIVIL: Soltero
2. **SINTOMAS / PROBLEMAS REFERIDOS:** Estado de ánimo decaído y melancólico, sentimientos de inutilidad y culpa, auto crítica excesiva, cansancio y fatiga.
3. **CREENCIAS NUCLEARES:** “Estoy solo y solo me voy a quedar”, “Soy una persona defectuosa”, “La vida es injusta conmigo”, “Las personas no me quieren”, “Nunca me salen bien las cosas”, “El mundo es un lugar hostil”.
4. **DISTORSIONES COGNITIVAS:** FILTRAJE – PENSAMIENTO POLARIZADO – VISIÓN CATASTRÓFICA – RAZONAMIENTO EMOCIONAL - CULPABILIDAD



5. **ORIGENES DE DESARROLLO:** Desde que su padre se divorció de su madre, ha perdido contacto con él; madre demandante y castigadora, relación altamente conflictiva con su madre y sus tías.
6. **NECESIDADES NUCLEARES INSATISFECHAS:** Apego, confianza, aceptación, identidad, validación, competencia e identidad.

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (EMT)	DESENCADENANTES	MODOS DE ESQUEMA RELEVANTES	MODOS DE AFRONTAMIENTO
Fracaso	•Situaciones sociales •Conflictos familiares •Discusiones con su madre	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Imperfección	•Situaciones sociales •Conflictos familiares •Discusiones con su madre	Niño Vulnerable Padre Punitivo / Demandante	Rendición Evitación
Abandono	•Interacción con familia •Conflictos de pareja	Niño Vulnerable	Rendición
-	-	-	-

ANEXO J

Descripción de uso de técnicas y estrategias a través de viñetas clínicas

Reestructuración cognitiva – Búsqueda de evidencias

Terapeuta: ¿Qué te gustaría compartir con nosotros en esta ocasión?

Paciente: Como les comenté la semana pasada, fui invitada a participar en un programa de radio para hablar sobre sexualidad, junto con un profesor y otros compañeros.

T: Si lo recuerdo. Dijiste estar preocupada y sentir nerviosismo por presentarte en la radio.

P: Si, y así fue. Creo que no me fue mal, pero tampoco me fue bien. O al menos creo que pude haber hecho las cosas mucho mejor.

T: Platícanos como se dieron las cosas desde que partiste rumbo a la entrevista.

P: Pues desde un inicio me sentía muy, muy nerviosa. No dejaba de pensar en que demonios estaba pensando cuando acepté la invitación, sobre todo ¿Por qué me habían invitado en primer lugar? No soy una experta en el tema.

T: Disculpa que te interrumpo, me gustaría preguntarte una cosa. Si no eres una persona calificada para hablar del tema ¿Qué fue lo que llevó a tu profesor a invitarte?

P: Pues no sé, tal vez solo porque sabe que me interesa este tema y porque le caigo bien, tal vez.

T: ¿Qué evidencia tienes de que no eres una persona conocedora del tema?

P: Pues por el simple hecho de que no me siento segura, creo que es una razón importante, por algo debe de ser. Y la otra, es por que sólo soy una recién egresada de 25 años.

T: ¿Alguna otra que se te ocurra?

P: Por el momento, no.

T: ¿Y qué evidencias tienes, por otro lado, de que si eres una persona competente en el tema de sexualidad?

P: Mmm, no sé, hasta el momento ninguna.

T: ¿Me dices que no identificas una sola cosa que nos de indicios de que eres una persona que sabe algo del tema de la sexualidad? ¿Por qué de todos los alumnos y alumnas que conoce tu profesor, que deben de ser muchas, te eligió a ti y a tus compañeros?

P: Pues porque hemos trabajado con el profesor y he dado algunos talleres.

T: Ah, de acuerdo. ¿Consideras que tu profesor es bueno en su tema?

P: Si, creo que es muy bueno.

T: Entonces tal vez él haya visto en ti cualidades mientras trabajó contigo. Además, parece que es muy poco probable que el tiempo que trabajaste con tu profesor no se te haya pegado un solo aprendizaje de su parte ¿No crees?

P: No lo había pensado. Creo que si se me han pegado algunas cosas.

T: Ahora ¿Cómo te fue durante la entrevista?

P: Pues, no dije ninguna tontada. Pero después de que terminó la entrevista me di cuenta que pude haber dicho las cosas de mejor forma, y que no expresé las cosas que realmente quise expresar.

T: Claro, seguramente hay cosas que pudieras mejorar y pulir, por ejemplo, para una entrevista similar en el futuro. Pero, me parece que otra evidencia de que eres una persona que sabe del tema es que te enfrentaste a una entrevista en radio muerta de miedo, con muchas preocupaciones e incluso cuestionando tus propios conocimientos antes de siquiera haber realizado la entrevista, y a pesar de esto, lo hiciste bien, o por lo menos como tú lo dijiste, no

dijiste “tontadas”. Creo que una persona que no sabe del tema, ante tanta presión, seguramente diría muchas tontadas (risas).

P: No lo había visto de esa forma.

T: ¿Y qué retroalimentación recibiste de tu profesor y compañeros?

P: Me dijeron que lo hice muy bien, que me escuché tranquila. Incluso otros amigos me escribieron y me dijeron que me escucharon, que lo hice bien.

T: Parece que tenemos muchas más evidencias de que sabes lo suficiente del tema como para salir en la radio.

P: (Sonríe).

Reestructuración cognitiva – Disputa pragmática

Paciente: La verdad, me fue algo difícil hacer mi tarea de esta semana.

Terapeuta: ¿Por qué? ¿Qué cosas o situaciones te dificultaron el hacer tu tarea?

P: Me he sentido muy decaído, no puedo dejar de pensar en mi ex. No tengo energía y menos para hacer ejercicio, no sé ni porque elegí esa asignación.

T: Te entiendo, creo que puede ser muy complicado hacer ejercicio cuando uno se siente decaído.

Pero ¿Qué hiciste en lugar de hacer ejercicio?

P: No hice nada. O no sé si te estoy entendiendo.

T: Descuida. A lo que me refiero es ¿Qué fue lo que hiciste al sentirte decaído?

P: Ah, pues nada... estuve acostado en mi cama la mayor parte del tiempo, no quería salir de mi cuarto. De hecho, me costó mucho ir a la escuela y la verdad falté un día.

T: Okey. Por lo que me comentas, estuviste haciendo conductas dirigidas a la emoción

¿Recuerdas ese concepto?

P: Si, de hecho, estuve haciendo conductas dirigidas a la emoción toda la semana.

T: Y estas conductas ¿Te hicieron sentir mejor? ¿Te sirvieron para aliviar esa tristeza o contrarrestar el desánimo?

P: Mmm, creo que no...

T: ¿Y de que te sirvieron?

P: Ahora que lo reflexiono, no, no me ayudaron en nada. O tal vez, me sentí igual todo el tiempo.

T: Entonces, me dices que en ningún momento fue de utilidad el quedarte acostado en tu cama todo el día, recordando lo triste que te sientes y lo mucho que extrañas a tu ex.

P: Aja, no me fue de utilidad.

T: ¿Valdría la pena repetir las mismas conductas esta semana, si tuvieras oportunidad? ¿Te conviene de alguna forma quedarte acostado tanto tiempo en tu cama e incluso faltar a la escuela?

P: No, de hecho, cada vez que me lo preguntas me acuerdo de lo mal que me sentía al estar en mi cuarto y no, no quiero que eso se repita.

T: Si, me imagino que te debías sentir bastante mal en ese momento. Pero ¿Qué otras cosas si te han ayudado a sentirte mejor durante las últimas semanas?

P: Definitivamente me hace bien venir a la escuela, venir a la terapia, ver a mis amigos -que tenía ganas de ver en esos momentos, pero nunca me animé a marcarles-.

T: Si, te entiendo. Las conductas dirigidas a la emoción parecen ser la mejor opción cuando nos sentimos mal, pero hay que recordar que el ejercicio, que es una conducta dirigida a la meta pues lo que buscas al realizar esa actividad es sentirte mejor, pueden ser de mucha ayuda.

P: Wow, no había pensado en eso que acabas de decir. Espero encontrar las fuerzas para hacer mis tareas esta semana, creo que tienes razón y ya no quiero quedarme acostado en mi cama tanto tiempo.

T: Confío en que cada semana encontrarás mas razones y más energía para cumplir con tus tareas y actividades.

Reestructuración cognitiva – Retribución

Terapeuta: ¿Cómo te fue con la auto-asignación esta semana?

Paciente: La verdad no muy bien

T: Ya veo. ¿Te parece si le recuerdas a los compañeros en que consistió tu tarea esta semana?

P: Si, claro. Como asignación elegí contactar a un amigo que hace mucho no sabía de él.

T: ¿Y por qué dices que no te fue muy bien?

P: Empezó bien, pero acabó mal. Les escribí a él y a una amiga que hace mucho no veía ni sabía algo de ellos. Les propuse que saliéramos para vernos y platicar, y los dos me dijeron que sí. Eso lo hice el fin de semana. Quedamos de vernos este miércoles en la tarde y justo el día, nos cancela.

T: Entiendo. ¿Cómo te sentiste con la cancelación?

P: La verdad me sentí muy mal. Sobre todo, porque a quien le avisa es a mi otra amiga, no a mí, yo me enteré porque mi amiga me aviso apenas unas horas antes.

T: Imagino como te debiste de sentir en ese momento. ¿Y cómo te sientes ahora?

P: Me siento igual o peor.

T: ¿Podrías describir lo que sientes con una emoción?

P: Si, siento tristeza.

T: ¿Qué es lo que pasa por tu mente que te hace sentir triste?

P: Mmm, no estoy segura.

T: Ahorita que nos platicabas la situación ¿Qué pensamientos identificas que te hacían sentir triste?

P: Me dio mucha vergüenza decir enfrente de todos que me dejaron plantada.

T: ¿Y por qué eso te hace sentir mal?

P: No sé, me da pena.

T: ¿Qué dice de ti, que alguien te deje plantada?

P: Que fui una tonta, primero por ilusionarme y segundo porque él seguramente nunca tuvo la intención de verme, por eso canceló todo al final.

T: En unos momentos tendrás la oportunidad de escuchar las opiniones de los demás acerca lo que te sucedió. Pero primero ¿Has notado que pareciera que te has sentido muy triste los últimos días porque has estado pensando que fuiste, o eres, una tonta? ¿Identificas la conexión pensamiento y emoción?

P: La verdad ni me había fijado, pero parece que sí.

T: De acuerdo. Ahora dime ¿Qué más ocurrió para que pienses que tu amigo nunca tuvo la intención de verte?

P: Ni siquiera me aviso, nunca se volvió a contactar conmigo.

T: Puede ser. Pero tengo la ligera impresión de que si tu amigo le avisó a tu amiga fue para que ella te avisara a ti ¿No crees?

P: Pues si... creo que puede ser.

T: Eso explicaría porque él ya no te contactó, creo que pudo haber dado por sentado que ella te iba a avisar. Y bueno, creo que nos faltan más elementos para entender por qué él canceló de último momento, quien sabe qué otra cosa pudo haber pasado. Imagino que si no hubiera querido ir pudo haber rechazado tu invitación desde el principio, igual con tu amiga.

P: Bueno, de hecho, le dijo a mi amiga que no iba a poder ir porque su perro se enfermó y lo tenía que llevar al veterinario.

T: Ah, mira. Creo que ese dato que no nos contaste nos ayuda un poco a entender esta situación.

P: Si (risas). No lo conté porque la verdad pensé que fue simplemente una excusa, que su perro no era una razón para cancelar. Pero ahora que lo pienso, si a mi se me enfermara una mascota también cancelaría cualquier cita.

T: Creo que sí, tal vez yo haría lo mismo. Por lo que cuentas, parece que no tienes muchos elementos para pensar que a este amigo no le importas.

P: Si, no había pensado nada de esto.

T: ¿Cómo te sientes ahora que estas tomando en cuenta esto último?

P: La verdad me siento mejor. Creo que estuve juzgando todo desde como yo lo viví y no pensé en que a mi amigo le surgió un problema, y que está bien darle prioridad a su perrito.

T: Creo que es bueno que puedas tener otra perspectiva de lo que te ocurrió. Ahora, me gustaría abrir una ronda de participaciones para que el grupo nos comente sus ideas y opiniones acerca de lo que nos comentaste.

Reparentalización limitada

Paciente: Perdón por hablar tanto, espero no te desespere a ti o a los demás.

Terapeuta: ¿Por qué crees que yo o alguien más aquí podría sentirse desesperado por ti?

P: Creo que ésta, y la sesión pasada, he hablado mucho. Perdón, pero de verdad necesitaba hablar.

T: Te comprendo y creo que has pasado por algunas situaciones complicadas esta semana y al final de cuentas para eso es este grupo, para que puedas hablar. Ahorita le preguntaremos a los demás si alguien se ha sentido desesperado [**Validación y aceptación**].

P: Espero que no, lo siento.

T: Me gustaría preguntarte ¿Identificas si hay algún esquema activado en ti en estos momentos?

P: No lo sé.

T: Puedes tomarte un minuto para monitorear. Puedes indagar en tus pensamientos, en tus sentimientos o en tus sensaciones corporales para ver si identificas algo.

P: Si, creo que está activado el de imperfección.

T: ¿Qué indicios tienes de que está activado tu esquema de imperfección?

P: Porque pienso que tengo tantos problemas que termino hablando mucho, quitándole el tiempo a todos los demás y te meto en problemas a ti. También, porque creo que eres muy amable como para pedirme que deje de hablar, y por lo mismo, te meto en problemas.

T: Agradezco que me consideres una persona amable. Pero ¿Recuerdas que hace dos semanas tuve que cortar la sesión de golpe mientras hablábamos de temas muy importantes, porque se acabó el tiempo?

P: Si.

T: Ser una persona respetuosa creo que es parte ser terapeuta y también es parte de mi persona, pero eso no impide que establezca límites cuando lo considere necesario. Puedo asegurarte, que,

si considerara pertinente interrumpirte, te lo comentaría, como tú dices, de una manera amable
[Autenticidad, constancia y estabilidad, límites realistas].

P: Gracias

T: Con esto que te menciono ¿Qué ha pasado con tu esquema?

P: Me siento mejor, creo que va disminuyendo la intensidad.

T: ¿Aún piensas que me sentí desesperado cuando hablaste?

P: Pienso que puedo confiar en que lo que me estás diciendo es verdad.

T: Y te recuerdo, que si en algún momento te sientes de manera similar este espacio seguirá abierto para dialogarlo ¿De acuerdo?

P: Si, gracias. Me tranquiliza que lo digas.

Autocorrección compasiva

Terapeuta: ¿Qué fue lo más importante que te pasó esta semana?

Paciente: Pasó ayer y desde ayer me he sentido bastante triste.

T: ¿Y qué pasó?

P: Salí de la escuela muy cansada, algo desanimada porque no fue un gran día. Como me quedaba algo de tiempo antes del trabajo, no me fui directo a mi casa y fui a la casa de mi novio. Estuve en su puerta y le estuve tocando, pero nunca abrió, le marqué y tampoco me contestó. Vi los carros de sus papás así puedo asegurar que él estaba ahí.

T: ¿Cómo te sentiste con eso?

P: Me sentí muy triste, de verdad me hacía falta verlo. Me hubiera ayudado a sentirme mejor

T: ¿Te sentiste molesta con tu novio?

P: No, yo sé que su casa es muy grande y a veces no escuchan el timbre. Y seguramente no contestó porque era la hora de la comida y estaba comiendo, eso pasa seguido.

T: ¿Te sentiste triste por el hecho de que planeabas verlo y no pudiste?

P: Creo que me sentí triste porque mientras estaba ahí afuera, me di cuenta de que tal vez soy una carga para él, que para que estaba ahí a la hora de la comida molestándole. Por eso no insistí y me fui.

T: ¿Consideras que eres una carga para tu novio?

P: Si, creo que siempre ha sido así. Cuando lo he buscado de esta forma, solo lo dejo preocupado porque me tengo que ir al trabajo o a mi casa.

T: Te comprendo. ¿Te parece si hacemos un ejercicio en este momento?

P: Si

T: Primero, tengo la impresión de que en este preciso instante he estado conversando con una parte de ti que es muy dura contigo misma, y que ese juicio tan severo hacia ti misma, te hace sentir muy mal. ¿Crees que pudiera ser esto?

P: Si, creo que sí.

T: Entonces, vamos a nombrarlo. Si esta parte de ti es muy dura contigo, espera que hagas una cosa y si no lo haces te castiga ¿Le pudiéramos llamar tu *yo exigente*?

P: Si

T: Hola, *yo exigente*. Gracias por permitirme hablar contigo.

P: Si

T: Quiero preguntarte ¿Qué es lo que esperabas que ella hiciera ante esta situación con su novio?

P: Que fuera una chica fuerte, como debe de ser. No que siempre anda buscándolo y molestándolo por cualquier cosa. Lo va a hartar.

T: Entiendo. Entonces, desde tu punto de vista ¿Ella tendría que ser fuerte la mayor parte del tiempo y arreglar ese malestar por su propia cuenta?

P: Si, pero ella no puede.

T: Okey, veo que sueles ser muy dura con ella.

P: Si, es lo que ella necesita.

T: Okey. Ahora, te agradezco por darnos tu punta de vista *yo exigente*, tal vez en otro momento podamos platicar. Pero, me gustaría hablar ahora con el *yo compasivo*. ¿Crees que podemos?

P: Ay, no lo sé (risas de nervios).

T: Vamos a ver. Hola, *yo compasivo*. ¿Estás ahí?

P: Creo que si (risas)

T: Me imagino que escuchaste todo lo que dijo el *yo exigente*.

P: Si

T: ¿Y qué piensas tú?

P: Pues que si es muy dura con ella.

T: ¡Si! Yo opino lo mismo. Necesito tu ayuda porque tu opinión nos sería de mucha ayuda en estos momentos, sobre todo porque tu sabes de que trata la compasión. Respira y habla desde lo más profundo de tu corazón ¿Tú crees que ella es un estorbo para su novio?

P: Yo creo que no. Creo que ella a veces se siente muy sola y él es de las pocas personas en las que ella confía.

T: Creo que tienes un punto ahí. ¿Qué más opinas?

P: Creo también que su novio la quiere mucho y por eso cuando ella le cuenta como se siente, él se preocupa. Eso hacen las personas que queremos, se preocupan por nosotros.

T: Estoy de acuerdo ¿Qué crees que le pueda servir a ella para manejar ese sentimiento de carga o estorbo que ella menciona?

P: Creo que lo primero es que recuerde que no está mal sentirse triste y buscar apoyo en otras personas.

T: ¿Tú crees que ella haría lo mismo si él la buscara a ella?

P: Claro que lo haría, creo que ella tiene que recordárselo la próxima vez que lo vea.

T: Es una buena idea. Oye ¿Y qué le recomiendas a ella para tranquilizar a su *yo exigente*?

P: Eso va a ser difícil (risas). Pero creo que su *yo exigente* le quiere ayudar, pero a veces es muy dura con ella. Que recuerde que su *yo exigente* tiene buenas intenciones, que le quiere recordar que ella puede ser más fuerte. Pero también tiene que recordar que no está mal no sentirse bien todo el tiempo y que tiene personas que la van a apoyar si ella se los pide.

T: *Yo compasivo*, muchas gracias. Creo que nos ha sido de ayuda escucharte en esta ocasión.

ANEXO K

Guía para la entrevista semi estructurada para QIDS-C16

Instrucciones para el Psicólogo: Al asignar un valor, considere la frecuencia, duración, y la intensidad/gravedad del síntoma. El grado de deterioro funcional provocado por el síntoma puede ser importante en las clasificaciones de algunos, pero no de todos los síntomas. Si el paciente niega haber experimentado un estado de ánimo normal, dígame que compare la última semana con el tiempo en el cual se ha sentido mejor, o que compare con lo que él consideraría un nivel satisfactorio de funcionamiento.

INTRODUCCIÓN:

"Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la semana pasada, los últimos siete días."

- 1) ¿Cómo ha dormido durante la semana pasada? ¿Ha tenido problemas para dormir cuando se acuesta? ¿Tan pronto se acuesta, cuánto tiempo le toma para dormirse?
¿Cuántos días durante la última semana ha tenido dificultad en dormirse?
- 2) Durante la semana pasada, ¿se ha despertado en el medio de la noche? Si su respuesta es sí, ¿qué tan seguido se ha despertado? ¿Cuánto tiempo permanece despierto? ¿Sale usted de la cama? ¿Qué hace? ¿Se puede volver a dormir inmediatamente? ¿Ha sido su sueño inquieto o perturbado algunas noches?
- 3) ¿A qué hora se ha despertado durante esta última semana? ¿Con o sin la ayuda de un reloj despertador? ¿Se ha despertado más temprano que la hora deseada o debida? ¿Cuánto más temprano que lo normal? ¿Cuántos días? ¿Se puede volver

a dormir?

4) ¿Qué promedio de horas ha dormido durante un período de 24 horas la semana pasada?

¿Incluyendo siestas? ¿Es esa una cantidad normal para usted? ¿Cuál es el tiempo más largo que ha dormido durante un período de 24 horas en la semana pasada?

5) ¿Cómo describiría usted su ánimo durante la semana pasada? ¿Se ha sentido melancólico, triste o deprimido? Durante la semana pasada, ¿cuánto tiempo se ha sentido _____? ¿Todos los días? ¿Todo el día?

6) ¿Cómo ha sido su apetito la semana pasada comparado con su apetito usual? ¿Se ha forzado para comer? ¿Otros lo han presionado o le han hecho acordar que tiene que comer? En la última semana, ¿Con qué frecuencia ha comido? ¿Todos los días? Cuando come, ¿nota que come menos de lo usual?

7) ¿Se ha encontrado usted comiendo más de lo usual? ¿Todos los días? ¿Ha notado que come más? ¿Ha notado que come más entre comidas? ¿Se ha sentido impulsado a comer? ¿Ha tenido fiestas en donde se llena de comida?

8/9) ¿Ha notado algún cambio en su peso? ¿Le queda su ropa diferente de lo usual?

¿Cuánto ha cambiado su peso en las últimas dos semanas?

10) ¿Ha notado problemas con su concentración durante la última semana? ¿Fue capaz de concentrarse en lo que estuvo haciendo (como leer o ver la televisión)? ¿Se dio cuenta que le fue más difícil que lo usual tomar decisiones durante la última semana?

¿Le costó más que lo habitual tomar decisiones menores como qué usar o comer o ver en la televisión? En la última semana, ¿qué tan seguido tuvo problemas con _____?

11) Durante la semana pasada, ¿se sintió especialmente crítico acerca de usted mismo?

¿Ha sentido que hizo algo malo o como que ha tratado mal a otros o los ha decepcionado? Si su respuesta es sí, ¿cuáles han sido sus pensamientos? En la última semana, ¿se ha estado sintiendo sin valor? Si su respuesta es sí, ¿qué tan seguido se ha sentido sin valor? ¿Todos los días? ¿Todo el día?

12) Durante la semana pasada, ¿ha sentido usted que la vida no tiene ningún valor o que preferiría estar muerto? ¿Ha tenido pensamientos de suicidio o de hacerse daño? Si su respuesta es sí, ¿con qué frecuencia piensa en _____? Cuando piensa

en _____, ¿con qué frecuencia lo hace? ¿En qué ha pensado? ¿Tiene un plan? ¿Ha hecho algo para hacerse daño? ¿Qué lo detiene? **(EVALÚE COMPLETAMENTE LA POSIBILIDAD DE QUE COMETA SUICIDIO.)**

13) ¿A qué ha dedicado su tiempo durante la semana pasada? ¿Cómo describiría su nivel de interés y motivación para completar sus actividades diarias? ¿Se ha sentido interesado en hacer cosas o siente usted que tiene que obligarse a sí mismo para hacerlas? ¿Ha dejado de hacer cosas que hacía antes? Si su respuesta es sí, ¿hay algo en su vida que lo alienta, le da alegría y que desearía hacer? ¿Ha podido mantener sus hábitos de higiene personal?

14) ¿Cómo ha estado su nivel de energía durante esta semana pasada? ¿Se siente cansado todo el tiempo? Si su respuesta es no, ¿ha notado que se cansa más rápidamente que antes? Esta semana, ¿ha tenido dolores de espalda, de cabeza o pesadez en sus extremidades o en su cabeza? ¿Ha interferido su falta de energía con sus actividades diarias?

15) ¿Ha sentido usted que sus pensamientos, su capacidad de hablar o sus movimientos durante esta última semana han sido más lentos? ¿Han hecho comentarios otras personas sobre esto?

¿Cuántos días durante la semana pasada se ha sentido _____? Cuando se siente _____,
¿cuánto dura?

16) ¿Se ha sentido inquieto o acelerado durante la última semana? ¿Se ha dado cuenta que no
puede quedarse sentado y que necesita moverse de un lado a otro más que lo normal? ¿Qué tan
seguido se siente _____? ¿Cuánto dura?

ANEXO L

CES-D

A continuación encontrarás preguntas sobre tus pensamientos durante el ÚLTIMO MES. No intentes contabilizar el número de veces que pensaste de una manera en particular; es mejor que indiques aquella que te parezca la alternativa más adecuada.

1 Nunca	2 Pocas veces	3 Algunas veces	4 Muchas veces	5 Siempre
------------	------------------	--------------------	-------------------	--------------

DURANTE EL ÚLTIMO MES:

D1. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan...	1	2	3	4	5	
D2. No me dieron ganas de comer, tenía poco apetito...	1	2	3	4	5	
D3. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera	1	2	3	4	5	
D4. Pensé que valía tanto como otras personas...	1	2	3	4	5	
D5. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo...	1	2	3	4	5	
D6. Me sentí deprimido (triste, cansado sin ganas de nada, sin	1	2	3	4	5	
D7. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo...	1	2	3	4	5	
D8. Me sentí esperanzado/a con respecto al futuro...	1	2	3	4	5	
D9. Creí que mi vida había sido un fracaso...	1	2	3	4	5	
D10. Me sentí temeroso/a...	1	2	3	4	5	
D11. No dormí bien...	1	2	3	4	5	
D12. Fui feliz...	1	2	3	4	5	
D13. Hablé menos de lo casi siempre hablo...	1	2	3	4	5	
D14. Me sentí solo/a...	1	2	3	4	5	
D15. La gente era poco amistosa...	1	2	3	4	5	
D16. Disfruté de la vida...	1	2	3	4	5	
D17. Tenía ganas de llorar...	1	2	3	4	5	
D18. Me sentí triste...	1	2	3	4	5	
D19. Sentí que no le gustaba a la gente...	1	2	3	4	5	
D20. Sentí que ya "no podía más"...	1	2	3	4	5	

ANEXO M

Cuestionario de trampas vitales

Puntúa en una escala de seis puntos cada una de las siguientes afirmaciones en función de la exactitud con que te describen.

Escala de puntuaciones

1. *Totalmente falso.*
2. *La mayoría de las veces falso.*
3. *Más verdadero que falso.*
4. *En ocasiones verdadero.*
5. *La mayoría de las veces verdadero.*
6. *Me describe perfectamente.*

Primero, puntúa con qué exactitud cada afirmación te reflejaba de niño. Si crees que tus respuestas pueden variar en función de las distintas etapas que atravesaste durante la infancia, elige la puntuación que mejor se ajuste a cómo te sentiste en general hasta los once años.

Después, puntúa con qué exactitud te describe cada frase en la actualidad. Elige la puntuación que mejor se aplique a ti en los últimos seis meses.

EL CUESTIONARIO DE LAS TRAMPAS VITALES		
DE NIÑO	ACTUAL	DESCRIPCIÓN
		1. Me doy cuenta de que me aferro a las personas más próximas porque tengo miedo de que me dejen. 2. Me preocupa mucho que las personas que quiero encuentren a alguien mejor y me abandonen. 3. Suelo estar pendiente de descubrir los motivos ocultos de las personas; no confío en las personas fácilmente. 4. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con los demás o que me harán daño.

		<p>5. La sensación de peligro que tengo es más intensa de lo normal y pienso que enfermaré o que algo malo me ocurrirá.</p> <p>6. Me preocupa que yo (o mi familia) nos quedemos sin dinero y que dependamos de los demás:</p> <p>7. Siento que no puedo arreglármelas por mí mismo y que necesito a las otras personas para que me ayuden a sobrevivir.</p> <p>8. Mis padres y yo tendemos a implicarnos demasiado en la vida y en los problemas del otro.</p> <p>9. No he tenido a-nadie que me cuide, con quien compartir o que se preocupe realmente de lo que me ocurre.</p> <p>10. Las personas más próximas no han estado a mi lado para ayudarme en mis necesidades emocionales de comprensión, empatía, consejo y apoyo.</p> <p>11. Siento como si no perteneciera a ningún grupo. Soy diferente. En realidad, no encajo.</p> <p>12. Soy feo y aburrido; no sé nunca qué decir en las situaciones sociales.</p> <p>13. Ninguna persona por la que sintiera atracción podría quererme si conociera todos mis defectos.</p> <p>14. Me avergüenzo de mí mismo; no merezco el amor, la atención ni el respeto de los demás.</p> <p>15. No soy tan inteligente o tan competente como la mayoría de las personas en su trabajo (o escuela).</p> <p>16. A menudo me siento inútil porque no puedo compararme con los demás en términos de aptitudes, inteligencia y éxito.</p> <p>17. Siento que si no cedo ante los deseos de los demás, me humillarán o me rechazarán de alguna manera.</p> <p>18. Las personas ven que hago demasiadas cosas para los demás y muy pocas para mí.</p> <p>19. Intento dar lo mejor de mí; no puedo soportar que lo que hago esté simplemente bien. Me gusta ser el número uno en todo.</p> <p>20. Tengo tantas obligaciones que apenas tengo tiempo para relajarme y divertirme.</p> <p>21. Siento que no debería seguir las reglas y costumbres habituales.</p> <p>22. No tengo la suficiente disciplina como para seguir una rutina, completar las tareas aburridas o controlar mis emociones.</p>
		<p>LA PUNTUACIÓN TOTAL (Suma conjuntamente las puntuaciones de las preguntas 1-10)</p>

ANEXO N

El cuestionario de abandono

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe el abandono como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados utilizando la siguiente escala. Para ello, basa tus respuestas en cómo te has sentido o comportado «en general durante tu vida adulta». Si ha habido muchas variaciones durante esta época, céntrate más en «los dos últimos años».

Escala de puntuaciones

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

Si has marcado alguna frase de este cuestionario con algún cinco o seis, esta trampa vital es aplicable a ti, incluso si tu puntuación total es baja ..

PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
	1. Me preocupa mucho que las personas que quiero mueran o me dejen. 2. Me aferro a las personas porque temo que me vayan a abandonar" 3. Siento que no tengo una base de apoyo estable. 4. Me enamoro de personas que no se comprometen. 5. Las personas con las que me relaciono siempre son inestables. 6. Me desespero cuando alguien que quiero se aleja. 7. Estoy tan obsesionado con la idea de que mis parejas me dejarán, que me alejo de ellas. 8. Las personas con las que me relaciono son impredecibles. A veces están por mí, pero al cabo de un instante se han ido. 9. Necesito demasiado a las otras personas. 10. Al final, estaré solo.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que sólo se aplique de vez en cuando.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de las trampas vitales nucleares.

ANEXO O

El cuestionario de desconfianza y abuso

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe la desconfianza y el abuso como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados utilizando la siguiente escala.

Escala de puntuaciones

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

Si has marcado alguna frase de este cuestionario con un cinco o seis, esta trampa vital es aplicable a ti, incluso si tu puntuación total es baja.

PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
	.1. Espero que las personas me hagan daño o me utilicen. 2. A lo largo de mi vida las personas de mi entorno han abusado de mí. 3. Es sólo cuestión de tiempo que las personas que quiero me traicionen. 4. Tengo que protegerme y estar en guardia. 5. Si no tengo cuidado, las personas se aprovecharán de mí. 6. Pongo a prueba a las personas para saber si están de mi parte. 7. Intento hacer daño a las personas antes de que ellas me hagan daño a mí. 8. Tengo miedo de permitir que las personas intimen conmigo porque espero que me hagan daño. 9. Estoy enfadado por lo que las personas me han hecho. 10. Las personas en las que debería ser capaz de confiar han abusado física, verbal o sexual mente de mí.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)
INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL 10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti. 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que sólo se aplique de vez en cuando. 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida. 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti. 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de tus trampas vitales nucleares.	

ANEXO P

El cuestionario de privación emocional

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe la privación emocional como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados utilizando la siguiente escala.

Escala de puntuaciones

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

Si has marcado alguna frase de este cuestionario con un cinco o seis, esta trampa vital es aplicable a ti, incluso si tu puntuación total es baja.

PUNTUACION	DESCRIPCIÓN
	1. Necesito más amor y atención de la que tengo. 2. En realidad nadie me entiende. 3. A menudo me siento atraído por parejas frías con las cuales no puedo satisfacer mis necesidades. 4. Siento que a nivel emocional no conecto con los demás, incluso con las personas más próximas a mí. 5. No he tenido a nadie especial que quisiera compartir conmigo y que se preocupara profundamente sobre lo que me ocurre. 6. Nadie está a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto. 7. No tengo a nadie que me escuche realmente o que conecte con mis verdaderas necesidades y sentimientos. 8. Es difícil para mí permitir a las personas que me guíen o me protejan, incluso aunque lo desee en mi interior. 9. Me es difícil permitir que las personas me quieran. 10. Estoy solo bastante tiempo.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que se aplique de vez en cuando.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de tus trampas vitales nucleares.

ANEXO Q

El cuestionario de exclusión social

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe la exclusión social como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados utilizando la siguiente escala:

Escala de puntuaciones

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
	1. Soy muy tímido en las situaciones sociales. 2. Me siento torpe y aburrido en las fiestas y en las otras reuniones. Nunca sé qué decir. 3. Las personas a las que quiero como amigos están de alguna manera por encima de mí (por ej. apariencia, popularidad, riqueza, posición social, educación, carrera profesional). 4. Prefiero no asistir a la mayoría de los acontecimientos sociales. 5. Me siento poco atractivo, demasiado gordo, delgado, alto, bajo, feo, etc. 6. Me siento diferente de las otras personas. 7. No pertenezco a ningún sitio. Soy un solitario. 8. Siempre me siento fuera de los grupos. 9. Mi familia era diferente de las otras que había a mi alrededor. 10. En general me siento desconectado de la comunidad.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

- 10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que sólo se aplique de vez en cuando.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de sus trampas vitales nucleares.

ANEXO R

El cuestionario de dependencia

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe la dependencia como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados, utilizando la siguiente escala.

Escala de puntuaciones

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

Si has marcado alguna frase de este cuestionario con un cinco o seis, esta trampa vital se puede aplicar a ti, incluso si tu puntuación total es baja.

PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
	1. Me siento más como un niño que como un adulto cuando he de enfrentarme a las responsabilidades de la vida diaria. 2. No soy capaz de arreglármelas. 3. No puedo hacer frente a la vida solo. 4. Otras personas me cuidan mejor de lo que yo puedo hacerlo. 5. Tengo problemas para hacer nuevas tareas a menos que alguien me guíe. 6. No hago nada bien. 7. Soy un inepto. 8. No tengo sentido común.
	9. No puedo confiar en mi propio juicio. 10. Encuentro agobiantes las responsabilidades cotidianas
	(Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

- 10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que se aplique de vez en cuando.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de tus trampas vitales nucleares.

ANEXO S

El cuestionario de la vulnerabilidad

Este cuestionario mide hasta qué punto la vulnerabilidad te describe como trampa vital. Contesta los apartados utilizando la escala siguiente.

Escala de puntuaciones

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
	1.No puedo escapar de la sensación de que algo malo va a ocurrir. 2.Siento que una catástrofe puede ocurrir en cualquier momento. 3.Me preocupa llegar a ser una persona que viva en la calle o un vagabundo. 4.Me preocupo mucho de que me ataque un criminal, atracador, ladrón, etc. 5.Me preocupa tener una enfermedad grave, aunque nada haya sido diagnosticado por un médico. 6.Siento demasiada ansiedad al viajar solo en avión, tren, etc. 7.Tengo ataques de pánico. 8.Soy muy consciente de las sensaciones físicas de mi cuerpo y me preocupo sobre lo que pueden significar. 9.Temo perder el control de mí mismo en público O vol verme loco. 10.Me preocupa perder mi dinero o quedarme en la bancarrota.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1- 10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

- 10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente *no* se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que sólo se aplique *de vez en cuando*.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un *problema* en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital *importante* para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de tus trampas vitales *nucleares*.

ANEXO T

El cuestionario de imperfección

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe la imperfección como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados utilizando la siguiente escala.

Escala de puntuaciones 1.

Totalmente falso.

2. La mayoría de veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
	1. Ningún hombre o mujer podría quererme si me conociese de verdad. 2. Soy interiormente imperfecto y con defectos, indigno de amor. 3. Tengo secretos que no quiero compartir ni con las personas más cercanas a mí. 4. Fue culpa mía que mis padres no me quisieran. 5. Escondo mi manera de ser. Los demás no me aceptarían tal como soy así que me muestro de una manera falsa. 6. A menudo me siento atraído por personas familiares, amigos, pareja que son críticas y me rechazan. 7. A menudo soy crítico y me rechazo a mí mismo, especialmente cuando las personas parecen quererme. 8. Devalúo mis cualidades positivas. 9. Tengo bastante vergüenza de ser como soy. 10. Uno de mis grandes miedos es .que mis errores sean descubiertos.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que sólo se aplique de vez en cuando.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de tus trampas vitales nucleares.

ANEXO U

El cuestionario de fracaso

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe el fracaso como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados en función de cómo te sientes y no de cómo piensas racionalmente. Utiliza la siguiente escala para contestar los puntos.

Escala de puntuaciones

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

PUNTUACION	DESCRIPCION
	1. Me siento menos competente que las otras personas en áreas de rendimiento. 2. Me siento un fracasado cuando se trata de hacer las cosas. 3. La mayoría de las personas de mi edad tienen más éxito que yo en su trabajo. 4. Era un fracasado como estudiante. 5. Siento que no soy tan inteligente como la mayoría de las personas con las que trato. 6. Me siento humillado por mis fracasos a nivel profesional. 7. Me siento incómodo con las personas de mi entorno porque mi éxito no es comparable al de ellas. 8. A menudo siento que las personas creen que soy más competente de lo que realmente soy. 9. Siento que no tengo ninguna habilidad especial que verdaderamente cuente en la vida. 10. Estoy trabajando por debajo de mi verdadero potencial.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

- 10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que sólo se aplique de vez en cuando.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de tus trampas vitales nucleares.

ANEXO V

El cuestionario de subyugación

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe la subyugación como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados utilizando la siguiente escala.

Escala de puntuaciones

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

PUNTUACIÓN DESCRIPCIÓN

	1. Permito a las otras personas que me controlen 2. Me preocupa que si no cedo ante los deseos de los demás ellos se vengarán, se enfadarán o me rechazarán. 3. Siento que las decisiones más importantes de mi vida en realidad no las tomé yo mismo. 4. Tengo muchas dificultades para exigir a las otras personas que respeten mis derechos. 5. Me preocupo mucho por complacer y encontrar aprobación. 6. Hago grandes esfuerzos para evitar confrontaciones. 7. Doy a los otros más' de lo que ellos me devuelven a cambio.
--	--

	8. Siento el dolor de los, otros profundamente, y por lo tanto termino cuidando de las personas que están cercanas a mí. 9. Me siento culpable cuando me pongo a mí mismo en primer lugar. 10. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mi mismo.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

- 10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que sólo se aplique de vez en cuando.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de tus trampas vitales nucleares.

ANEXO W

El cuestionario de normas inalcanzables

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe las normas inalcanzables como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados, utilizando la siguiente escala.

Escala de puntuaciones

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
	1. No puedo aceptar ser el segundo que mejor lo hace. Tengo que ser el mejor en todo lo que hago. 2. Nada de lo que hago está lo bastante bien. 3. Me esmero en conservarlo todo en perfecto orden. 4. Siempre debo mostrar lo mejor de mí. 5. Tengo tanto que hacer que no tengo tiempo para relajarme. 6. Mis relaciones personales sufren porque me exijo demasiado a mí mismo. 7. Mi salud sufre porque me impongo demasiada presión. 8. Merezco fuertes críticas cada vez que cometo un error. 9. Soy muy competitivo. 10. La riqueza y la posición social son muy importantes para mí.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

- 10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que sólo se aplique de vez en cuando.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de tus trampas vitales nucleares.

ANEXO X

El cuestionario de grandiosidad

Este cuestionario mide hasta qué punto te describe la grandiosidad como trampa vital. Contesta y puntúa los apartados, utilizando la siguiente escala.

1. Totalmente falso.
2. La mayoría de las veces falso.
3. Más verdadero que falso.
4. En ocasiones verdadero.
5. La mayoría de las veces verdadero.
6. Me describe perfectamente.

PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
	1. Tengo problemas para aceptar un «no» como respuesta. 2. Me enfado cuando no puedo conseguir lo que quiero. 3. Soy especial y no debería tener que aceptar las obligaciones que para otras personas son normales. 4. Pongo mis necesidades en primer lugar. 5. Tengo muchas dificultades en dejar de beber, fumar, comer compulsivamente u otros problemas de conducta. 6. No tengo la disciplina necesaria para finalizar las tareas aburridas o rutinarias. 7. Actúo por impulsos y emociones, y eso más tarde me causa problemas. 8. Si no puedo conseguir un objetivo, llego a sentirme fácilmente frustrado y lo dejo. 9. Insisto en que las personas hagan las cosas a mi manera. 10. Tengo problemas en dejar las gratificaciones inmediatas para conseguir objetivos a largo plazo.
	Tu PUNTUACIÓN TOTAL (Suma todas tus puntuaciones de las preguntas 1-10)

INTERPRETA LA PUNTUACIÓN TOTAL

- 10-19 Muy bajo. Esta trampa vital probablemente no se aplica a ti.
 20-29 Bastante bajo. Esta trampa vital puede que sólo se aplique de vez en cuando.
 30-39 Moderado. Esta trampa vital es un problema en tu vida.
 40-49 Alto. Ésta es definitivamente una trampa vital importante para ti.
 50-60 Muy alto. Ésta es definitivamente una de tus trampas vitales nucleares.

ANEXO Y

Autoregistro de pensamientos, conductas y emociones

Nombre: _____ Fecha: _____ Semana: _____

¿Qué sucedió? 	¿Qué pensé? 	¿Qué sentí? 	¿Qué hice? 

ANEXO Z

Consentimiento

Mérida, Yucatán a _____

Presentación del estudiante

Mi nombre es Francisco Enrique Luján Hernández, soy Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y actualmente estoy realizando estudios dentro de la Maestría en Psicología Aplicada en el Área de Clínica para Adultos de la Universidad Autónoma de Yucatán. Como parte de mi trabajo terminal, actualmente realizo una investigación acerca de psicoterapia cognitivo-conductual integrativa en adultos jóvenes con síntomas depresivos. Me dirijo a usted para solicitarle su colaboración en esta investigación ya que su aportación será de gran importancia para acrecentar mi conocimiento sobre el tema y mejorar la atención brindada a personas que como usted estén viviendo las mismas circunstancias. El docente responsable de la asesoría de mi trabajo es el Mtro. Ricardo Castillo Ayuso para cualquier situación que se presente al respecto que usted quisiera aclarar.

Explicación del procedimiento

Se formará un grupo de terapia, el proceso constará de 12 a 15 sesiones, con una duración de dos horas y media cada sesión, una vez a la semana. La finalidad de la investigación será medir el impacto de la intervención terapéutica en los síntomas de los participantes durante el proceso. En una primera instancia, se aplicarán una serie de instrumentos a los participantes: el QIDS-C16 como entrevista inicial, la Escala de Sintomatología Depresiva de Radloff y los cuestionarios de

Trampas Vitales de Young, con el propósito de explorar, identificar y evaluar síntomas de depresión, así como su frecuencia e intensidad. Al finalizar las sesiones de grupo, se aplicarán nuevamente los instrumentos para evaluar un posible cambio en relación con la aplicación inicial.

Firma del consentimiento

Al firmar este documento usted brinda su consentimiento para formar parte del grupo de terapia, participar en la aplicación de instrumentos de medición antes y después de las sesiones, y para la publicación y divulgación de su caso. Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente el estudiante y asesor conocerán la información de los participantes. A cada uno de los participantes se le asignará un nombre código que se usará para el análisis, presentación de los resultados y publicaciones.

Las entrevistas, los cuestionarios, formularios, los registros de las sesiones (escritos, audio, video) y demás materiales empleados durante el proceso terapéutico serán utilizados con fines educativos y/o investigativos.

**MANIFIESTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO LO ANTERIOR Y ACEPTO LAS
CONDICIONES PREVIAMENTE DESCRITAS.**

Participante

Psicólogo estudiante de la MPA en CA

Nombre y firma

Nombre y firma