



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS
MÚLTIPLE EN FASE REMITENTE RECURRENTE**

Presentado por: Dña Ana Navarro Porcel

Tutor/a: D. Cesar Andres Mateu Hernandez

Valencia, a 1 de julio de 2020

RESUMEN

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad autoinmune de carácter crónico y degenerativo que afecta al Sistema Nervioso Central, especialmente al cerebro y la médula espinal. Debido a la enfermedad, los pacientes con EM llegan a presentar elevadas prevalencias de depresión, por lo que la calidad de vida también se ve gravemente afectada. De hecho, algunas investigaciones han descubierto que más del 50% de la población con EM presenta sintomatología depresiva. El objetivo de este trabajo es desarrollar un programa de intervención Cognitivo-Conductual para mejorar la depresión en pacientes con EM en fase remitente-recurrente. El programa está enfocado a pacientes de entre 20 a 25 años, ya que la depresión se inicia con mucha más prevalencia a partir de los 20 años. La propuesta de intervención se divide en cuatro módulos de once sesiones en total. Entre los módulos se encuentra el módulo de presentación, evaluación y psicoeducación, donde se proporciona información al paciente acerca de la enfermedad y la terapia que se va a realizar, el módulo de pensamientos para conocer el papel que ejercen éstos sobre el estado de ánimo, el módulo de actividades, donde se realizan ejercicios sobre actividades placenteras, y, por último, el módulo de relaciones interpersonales, en el que se pretende fortalecer estas mismas y comprobar la mejora del paciente sobre la depresión. El presente programa es una adaptación del modelo de Terapia Cognitivo-Conductual desarrollado por Muñoz, Aguilar-Gaxiola y Guzmán para el tratamiento de la depresión. Se pretende crear una intervención individualizada, proporcionando unas actividades y técnicas adecuadas para conseguir un funcionamiento normal en la vida diaria del paciente.

PALABRAS CLAVE: Esclerosis Múltiple, Depresión, Calidad de vida, Pacientes, Terapia Cognitivo-Conductual.

ABSTRACT

Multiple Sclerosis is an autoimmune disease chronic and degenerative that affects the Central Nervous System, especially the brain and spinal cord. Due to illness, MS patients have high prevalence of depression, so the quality of life is also seriously affected. In fact, some researches has found that more than 50% of the MS population has depressive symptoms. The objective of this work is to develop a Cognitive-Behavioral intervention program to improve depression in patients with relapsing-remitting MS. This program is focused on patients between 20 to 25 years old since depression begins with much more prevalence from the age of 20. The proposal intervention is divided into four modules of eleven sessions in total. Among the modules is the presentation, evaluation, and psychoeducation module, where information is provided to the disease and the therapy to be performed, the module of thoughts to know the role that these have on mood, the activities module, where exercises on pleasant activities are carried out, and, finally, the interpersonal relations module, in which the aim is to strengthen these relationships and verify the patient's improvement over depression. This program is an adaptation of the Cognitive-Behavioral Therapy model developed by Muñoz, Aguilar-Gaxiola and Guzmán for the treatment of depression. The aim is to create an individualized intervention, providing adequate activities and techniques to achieve normal functioning in the patient's daily life.

KEY WORDS: Multiple Sclerosis, Depression, Quality Of Life, Patients, Cognitive Behavioral Therapy.

ÍNDICE

Introducción	1
Características Clínicas.....	2
Epidemiología y etiología.....	3
Diagnóstico	3
Síntomas.....	4
Síntomas Físicos y Neurológicos	4
Síntomas Psicológicos	5
Síntomas Cognitivos.....	6
Intervenciones	7
Intervenciones psicoeducativas	7
Intervenciones cognitivo-conductuales.....	7
Justificación	9
Descripción del Programa de Intervención.....	9
Ámbito de Aplicación.....	9
Objetivos.....	9
Población Diana	10
Fases Del Programa.....	10
MÓDULO I: Presentación, Evaluación y Psicoeducación.....	10
MÓDULO II: Pensamientos	11
MÓDULO III: Actividades.....	11
MÓDULO IV: Relaciones Interpersonales.....	12
Descripción Del Programa.....	12
Calendario De Actividades	21
Delimitación de Recursos	22
Análisis de Su Viabilidad	22
Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final	23
Conclusiones	24
Bibliografía	27
Anexos.....	34

Introducción

Las enfermedades neurodegenerativas se caracterizan por provocar un deterioro neurológico progresivo acompañado de una disminución de la funcionalidad personal que impide la independencia total del paciente (Carreres, Falguera y Figuera, 2004). Incluyen un amplio número de enfermedades cuyo origen es desconocido y el curso es, progresivo (Sáenz de Pipaón y Larumbe, 2001). Entre las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes destacan: la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) o la enfermedad de Huntington, entre muchas otras. La esclerosis múltiple (EM) también entra dentro del grupo de enfermedades neurodegenerativas, siendo quizá, no tan frecuente entre la población como las anteriormente expuestas, pero con una prevalencia y con un número bastante alto de pacientes que la padecen.

El término de EM apareció por primera vez por Jean Martin Charcot cuando realizó hallazgos clínicos y patológicos enfatizando con el concepto de desmielinización. Además, determinó el concepto de recaída-remisión y concluyó que la fibra desmielinizada contiene una conducción nerviosa. Charcot reconoció la EM como enfermedad en 1868 y la denominó Esclerosis en Placas. La triada de Charcot está compuesta por tres síntomas característicos de la EM: disartria, ataxia y temblor.

La EM es una enfermedad autoinmune de carácter crónico y degenerativo que afecta al Sistema Nervioso Central (SNC), específicamente al cerebro y la médula espinal (Ng, Miller, Gelinas y Kent-Braun, 2004; Rampello et al., 2007). Como consecuencia, se produce una inflamación y desmielinización en la materia blanca (Carvalho et al., 2003). Al tener una pérdida de mielina, se dificulta la transmisión de neuronas, por lo que se produce una reducción o pérdida de función (Klonoff, Clark, Oger, Paty y Li, 1999).

Debido al deterioro progresivo en las diferentes áreas, los pacientes con EM llegan a presentar elevadas prevalencias de depresión, por lo que la calidad de vida también se ve gravemente perjudicada (Foley y Brandes, 2009). La depresión es el trastorno psiquiátrico más prevalente en pacientes con EM (Marrie et al., 2015), llegando a tener incluso un porcentaje de prevalencia superior al 50, frente al 15% en la población general (Feinstein, Magalhaes, Richard, Audet y Moore, 2014; Feinstein, 2011). Además, suele aparecer de manera más frecuente entre los 18 y 29 años, llegando a ser dos veces más concurrente en las personas adultas mayores y se inicia con mucha más prevalencia a partir de los 20 años (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Características Clínicas

En el transcurso de la enfermedad, se producen déficits neurológicos en varias zonas con una duración mayor a 24 horas, afectando en gran medida a las áreas motoras, sensitivas o visuales. Las disfunciones sensoriales pueden llegar a pasar de síntomas leves a severos como, por ejemplo, la pérdida de visión o paraplejia. La EM cursa con sucesivos brotes y recaídas, aunque por lo general, la mayoría de las personas terminan recuperándose de manera parcial o completa (Coles et al., 2008).

La EM se caracteriza por deficiencias neurológicas recurrentes que afectan a diferentes localizaciones del SNC “Los estudios sobre la evolución natural de la enfermedad han mostrado que en el 80-85% de los pacientes, la enfermedad se inicia con brotes, la forma clínica remitente-recurrente (RR). En esta forma clínica, la enfermedad permanece estable entre los brotes. Aproximadamente en un 50-60% de los pacientes RR, a los 10-15 años del comienzo, la disfunción neurológica progresa de forma gradual, lo que constituye la forma clínica secundariamente progresiva (SP). A esta progresión pueden o no aparecer nuevos brotes. En el 10-20% de los pacientes, la enfermedad sigue un curso gradualmente progresivo desde el comienzo, lo que define la forma clínica primariamente progresiva (PP). En una pequeña proporción de los pacientes en los que la enfermedad es progresiva desde el inicio, pueden sobre venir brotes, lo que constituye la forma clínica progresiva recurrente (PR)” (C. de Andrés, 2003).

Epidemiología y etiología

Según los datos recogidos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), la EM afecta a un total de 2,5 millones de personas en todo el mundo y a 700.000 personas en Europa. En España, son más de 47.000 las personas afectadas. Se posiciona como la principal causa de discapacidad no traumática en jóvenes.

Aunque se desconoce la etiología de la esclerosis, y no existe en la actualidad un tratamiento curativo, ésta se asocia tanto a factores genéticos como ambientales favoreciendo la desregularización del sistema inmune. Es más frecuente en mujeres que hombres con una edad promedio de entre 20 y 40 años (Simone, Carrara, Tortorella, Ceccarelli y Livrea, 2000).

Al parecer, también interactúan causas endógenas y exógenas. Una de las principales causas exógenas es el impacto emocional en el paciente cuando se le diagnostica la enfermedad o las limitaciones físicas o cognitivas que interfieren significativamente en sus actividades diarias. En cuanto a los componentes endógenos se podrían destacar los estudios que han relacionado la depresión con el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal y las alteraciones en la regulación del sistema inmune (Fassbender, Schmidt, Mößner, Kischka, Kühnen, Schwartz y Hennerici, 1998; Mohr, Goodkin, Islar, Hauser y Genain, 2001).

Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico en EM, se toma como referencia los criterios de McDonald de 2010 (Polman et al., 2011). El propósito de los siguientes criterios es una detección temprana de la enfermedad mediante el DIT (dissemination of lesions in time) y DIS (dissemination of lesions in space):

- Al menos 2 o más ataques; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica objetiva de 1 lesión con evidencia histórica razonable de un ataque previo. No se necesitan datos adicionales para el diagnóstico.
- Al menos 2 o más ataques; evidencia clínica objetiva de 1 lesión. Se necesita demostrar DIS por, al menos, 1 lesión en T2 en al menos 2 de 4 regiones típicas de EM en SNC (periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial) o esperar un nuevo ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC.

- Un ataque: evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones. Se necesita demostrar DIT demostrada por: presencia simultánea de realce con gadolinio asintomático y lesiones no captantes en cualquier momento o una nueva lesión en T2 o captante con gadolinio en el seguimiento con resonancia magnética, independiente del tiempo con referencia al estudio previo, o esperar por un segundo ataque clínico.
- Un ataque: evidencia clínica objetiva de 1 lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente.
- Progresión neurológica insidiosa sugestiva de EM (EM primaria progresiva)
 - Un año de progresión de la enfermedad (forma retrospectiva o prospectivamente) en al menos 2 de los 3 siguientes criterios:
 - evidencia de DIS en el cerebro sobre la base de al menos 1 lesión en T2 en regiones características de EM (periventricular, yuxtacortical o infratentorial).
 - evidencia de DIS en la médula espinal basada en al menos 2 lesiones en T2 a nivel espinal.
 - Líquido cefalorraquídeo positivo (bandas oligoclonales o índice de IgG elevado).

Síntomas

A lo largo de la enfermedad, el paciente puede desarrollar diversos síntomas que se pueden clasificar en: síntomas físicos, cognitivos y psicológicos.

Síntomas Físicos y Neurológicos

Entre los diversos síntomas físicos que un paciente con EM puede desarrollar se encuentran: los déficits sensitivos (40%), motores (39%) y fatiga (90%) como más frecuentes, los síntomas de dolor (15%) y déficits cognitivos (10%) Además de estos síntomas también podemos encontrar síntomas visuales, urinarios, sexuales y de equilibrio (Browne et al., 2014). A pesar de que en la mayoría de los casos la EM tiene un curso crónico, tan sólo un tercio de la población presenta un curso “benigno” de la enfermedad teniendo una evolución de deterioro a nivel neurológico y funcional (Koepke, Solari, Rahn, Khan, Heesen y Giordano, 2018).

Más específicamente, “las manifestaciones más comunes incluyen debilidad, hormigueo, trastornos en la coordinación, fatiga, trastornos del equilibrio, alteraciones visuales, temblor, espasticidad, trastornos del habla, problemas intestinales o urinarios, ataxia, problemas en la función sexual y sensibilidad al calor entre otros” (Ormerod et al., 1984; Kelly, 1985; Scheimberg, 1988; Iriarte, Carreño y de Castro, 1996). Además de los síntomas mencionados anteriormente, cabe destacar la existencia de una afectación neuropsicológica en áreas que implican la memoria, el razonamiento y el procesamiento de la información (Brassintong y Marsh, 1998; Rao, Leo, Bernardin y Unverzagt, 1991; Higginson, Arnett y Voss, 2000; Arnett, 2001).

Síntomas Psicológicos

Como se ha mencionado al principio del programa, la depresión es uno de los trastornos más frecuentes en personas con EM. Cabe destacar que también existen otros síntomas, como la ansiedad o la fatiga, que son bastante frecuentes en el curso de la enfermedad. Aun así, hablar de la presencia de la depresión, es un tema muy controvertido, ya que hay que saber diferenciar entre una afectación del estado de ánimo sin relevancia clínica y un diagnóstico de depresión. Algunos instrumentos metodológicos que son utilizados para valorar el estado de ánimo en la EM incluyen cuestiones asociadas a quejas somáticas (QS). Algunas de estas quejas, como por ejemplo la fatiga, se pueden llegar a confundir con síntomas característicos de la depresión, por lo que es importante centrar la atención en los síntomas afectivos (SA) (Mohr, Goodkin, Likosky, Beutler, Gatto y Langan, 1997; Nyenhuis y Luchetta, 1998).

Algunos modelos conductuales sugieren que los síntomas de la depresión surgen si la enfermedad interfiere en el funcionamiento físico y psicosocial del paciente (Lewinson, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985). Se han realizado múltiples estudios acerca de la relación entre la incapacidad física, fatiga y alteraciones en el estado de ánimo como variables que predicen la aparición de síntomas depresivos en la enfermedad. Dichos estudios revelan que la fatiga es un predictor directo del estado de ánimo, así como que la incapacidad física reduce de manera significativa la capacidad y el funcionamiento de los pacientes (Voss et al., 2002). Además, la depresión es un factor de riesgo en estos pacientes ya que aumenta la ideación suicida (Viner, Patten, Berzins, Bulloch y Fiest, 2014).

Síntomas Cognitivos

La disfunción cognitiva está presente en al menos un 70% de las personas con EM presentándose en la todas las fases de la enfermedad. Está caracterizada por un deterioro progresivo en áreas como la atención, memoria, aprendizaje, funciones ejecutivas, etc (Hankomäki, Multanen, Kinnunen, y Hämäläinen, 2014). Este deterioro además de influir en las anteriores áreas también influye negativamente en el afrontamiento del estrés (Henry, Tourbah, Chaunu, Rumbach, Montreuil y Bakchine, 2011; Kraemer, Herold, Uekermann, Kis, Wiltfang, Daum y Abdel-Hamid, 2013), en las relaciones interpersonales y en la calidad de vida (Phillips et al., 2011).

Calidad de vida

La calidad de vida es uno de los temas más importantes a evaluar en los enfermos crónicos, sobre todo para tener en consideración su bienestar físico, emocional o social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre una situación en la vida dentro del contexto cultural y de los valores en la que vive, y en la relación con sus objetivos, normas e inquietudes.

Existen algunas investigaciones referidas a la influencia de la calidad de vida en los pacientes y su interferencia en la vida social, familiar y laboral, así como las repercusiones psicológicas (Ziemssen, 2009). Sin embargo, la recuperación suele estar más enfocada en el ámbito físico, desatendiendo otros factores importantes, como la depresión o la ansiedad, y su trascendencia en la vida cotidiana.

Es por esto por lo que, resulta imprescindible realizar una intervención psicológica eficaz para mejorar el bienestar psicológico y físico en las personas con EM. La intervención se puede realizar de manera grupal o individual, aunque el presente trabajo esté enfocado únicamente al tratamiento individual. Un tratamiento psicológico individual es eficaz para desarrollar capacidades que ayuden al paciente al manejo de las emociones y/o pensamientos; o tal vez, proporcionar las herramientas necesarias para la adaptación del diagnóstico de la EM o técnicas para afrontar los signos de depresión (Minden y Schiffer, 1991).

Intervenciones

Se han utilizado una gran variedad de intervenciones psicológicas incluyendo entre ellas: “el tratamiento grupal (Barnes et al., 1954; Bolding, 1960; Day, 1953; Hartings, Pavlou y Davis, 1976), terapias cognitivo conductuales individuales (Crawford y McIvor, 1987; Foley et al., 1987; Larcombe y Wilson, 1984), terapia cognitivo-conductual administrada por teléfono (Mohr et al., 2000), psicoterapia grupal orientada a la reflexión (Crawford y McIvor, 1985), entrenamiento en las capacidades de adaptación en comparación con el apoyo telefónico de compañeros (Schwartz, 1999), relajación e imágenes (Maguire, 1996), y rehabilitación cognitiva (Lincoln et al., 2002)”. A estas intervenciones psicológicas se podría añadir el tratamiento antidepresivo, ya que ambas han resultado ser efectivas para el tratamiento de la depresión en personas con EM (Goldman Consensus Group, 2005). Aunque hay que añadir que, actualmente, no existen apenas tratamientos farmacológicos eficaces que ayuden a mejorar la fatiga (Ayache y Chalah, 2017).

Intervenciones psicoeducativas

La psicoeducación realizada al paciente acerca de los aspectos fundamentales de la enfermedad ha demostrado incidir de manera positiva en el conocimiento de la enfermedad y satisfacción con la atención recibida, además de influir en la mejora de la calidad de vida (Köpke, Solari, Khan, Heesen y Giordano, 2010).

Intervenciones cognitivo-conductuales

Entre las posibles intervenciones psicológicas anteriores, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una de las terapias de elección más utilizadas en pacientes con EM. Esta terapia ha demostrado ser eficaz para mejorar la calidad de vida, así como de la depresión, fatiga o problemas de sueño (Khan et al., 2007; Pagnini, Bosma, Phillips y Langer, 2014). De hecho, “ensayos clínicos aleatorizados controlados muestran la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión en pacientes con diagnóstico de EM, con una respuesta igual o superior a la obtenida con antidepresivos u otras intervenciones” (Mohr, Hart y Goldberg, 2003).

Es por esto por lo que la TCC ha resultado ser muy útil para tratar la depresión (Rosique y Sanz, 2013), sobre todo cuando se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva, según el enfoque de Beck (Sales et al., 2015). “Este modelo cognitivo postula tres conceptualizaciones: la triada cognitiva, los esquemas cognitivos y errores en el procesamiento de la información” (Baringoltz, 2009). La TCC en la depresión tiene como objetivos: la disminución del pensamiento distorsionado empleando el modelo cognitivo de Beck, potenciar el autocontrol y resolución de problemas y, por último, trabajar las habilidades sociales (Polo y Díaz, 2011). El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) es uno de los instrumentos utilizados en este trabajo para medir la sintomatología depresiva.

En la terapia de Beck se enfatiza tanto las técnicas cognitivas como las técnicas conductuales, que son utilizadas para cambiar los pensamientos distorsionados y el mantenimiento de la depresión, así como la importancia de potenciar la relación terapéutica entre paciente y psicólogo o el aumento de las emociones positivas en el paciente (Becoña y Orbitas, 1997). Además de cambiar los pensamientos disfuncionales, la terapia aborda el malestar del paciente sobre los problemas externos y se realiza una intervención a corto y largo plazo para lograr que en la actualidad el paciente elimine esas creencias negativas y que tenga en un futuro las habilidades necesarias para incorporarlas a su habitualidad (Fernández, García y Crespo, 2012).

Para conocer la sintomatología depresiva, el DSM-5 clasifica a los trastornos depresivos en: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo por sustancias y por afectación médica. Este trabajo está enfocado al trastorno depresivo mayor en personas con EM, por lo que, para diagnosticarlo, el DSM-5 tiene como criterios diagnósticos: un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, disminución del interés en todas o casi todas las actividades, pérdida o aumento de peso, falta de sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, dificultad para pensar o concentrarse o pensamientos de muertes recurrentes.

Algunos de estos criterios coinciden con los mencionados a lo largo del trabajo, por lo que la TCC es la que se empleará en este programa de intervención.

Justificación

Como se ha mencionado anteriormente, se ha demostrado que las personas con EM tienen elevados niveles de depresión, quedando afectadas la calidad de vida, y como consecuencia las relaciones interpersonales. Dada esta situación, es importante realizar una TCC en pacientes con EM ya que esta terapia ha resultado ser la más efectiva y útil para reducir la sintomatología depresiva, así como de la mejora de la calidad de vida. Además, se ha escogido la fase RR ya que la gran mayoría de pacientes se encuentran en esta fase.

Aunque no hay estudios muy recientes acerca de la intervención psicológica en pacientes con EM ni tampoco se ha indagado con profundidad en el tema, este trabajo pretende llevar a cabo un programa de intervención efectivo y ajustado a las limitaciones del paciente; ya que, con los resultados obtenidos en los diferentes estudios, la intervención en la EM ha sido incluso, históricamente infra tratada.

Descripción del Programa de Intervención

En el siguiente apartado se especificará el ámbito de aplicación del programa, los objetivos propuestos, la población a la que va dirigida la intervención y, por último, los módulos y sesiones del programa.

Ámbito de Aplicación

El programa de intervención está diseñado para que se aplique en la Asociación de la Comunidad Valenciana de Esclerosis Múltiple (ACVEM), de manera individualizada. El psicólogo/a será el encargado/a de llevar a cabo la intervención en personas con EM que se encuentran en fase RR de la enfermedad, con una sintomatología depresiva grave y que sea aplicable para adultos jóvenes.

Objetivos

General:

- Reducir la sintomatología depresiva en pacientes con Esclerosis Múltiple.

Específicos:

- Mejorar la calidad de vida.
- Manejo del estado de ánimo.
- Saber identificar los pensamientos negativos y sustituirlos por otros más agradables.
- Aumentar los pensamientos positivos.
- Fomento de las relaciones sociales.

Población Diana

El programa de intervención va dirigido a personas que presentan un diagnóstico de EM, específicamente para adultos jóvenes cuya franja de edad debe estar comprendida entre los 20 a 25 años. Son personas que presentan un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, con dificultades a la hora de llevar un funcionamiento normal en la vida diaria y con la calidad de vida gravemente afectada.

Para conocer el perfil exacto al que aplicar el programa de intervención, es necesario conocer cuáles son los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión son: pacientes crónicos con EM en fase RR, pacientes diagnosticados por un psicólogo/a con un Trastorno Depresivo Mayor Grave, con una presencia de sintomatología depresiva seis meses antes, pacientes en edades comprendidas de 25 a 35 años con la calidad de vida afectada. En cuanto a los criterios de exclusión serían todas aquellas personas que presenten síntomas psicóticos o presenten un diagnóstico de algún tipo de psicosis.

Fases Del Programa

El programa se dividirá en 4 módulos repartidos en un total de 11 sesiones con unos objetivos específicos que se explicarán a continuación.

MÓDULO I: Presentación, Evaluación y Psicoeducación.

El objetivo de este módulo es realizar psicoeducación con el paciente acerca de la Depresión, la TCC y de la EM a lo largo de 2 sesiones de aproximadamente una 1 hora de duración distribuidas una vez por semana.

La primera sesión está enfocada a una presentación de las sesiones posteriores, se realiza una entrevista y se explica el tema de la confidencialidad. Además, en esta sesión se le pasará dos cuestionarios para establecer una línea base de su estado de ánimo y comparar con el postest que se realizará en la última sesión del programa para comprobar si ha habido una mejora a lo largo de las sesiones.

En la segunda sesión, se le introduce al paciente el concepto de la Depresión haciendo uso de una imagen ilustrativa. Además, se explicará en qué consiste la terapia que se llevará a cabo en todo el proceso terapéutico. En esta misma sesión hablaremos sobre el concepto de la EM y los síntomas, así como de la importancia de una intervención psicológica.

MÓDULO II: Pensamientos

El objetivo principal de este módulo es proporcionar al paciente información acerca del papel que tienen los pensamientos sobre el estado de ánimo. El módulo forma un total de 3 sesiones de aproximadamente 1 hora cada una y se desarrollará una sesión por semana.

A lo largo de las sesiones proporcionadas en este módulo, se trabajarán los tipos de pensamientos que experimenta una persona deprimida y cómo se podrían modificar e identificar mediante una serie de actividades. Se realizarán una serie de ejercicios que permiten identificar los pensamientos negativos y sustituirlos por otros más positivos. Por último, se realizarán técnicas para aumentar los pensamientos positivos y de esta manera conseguir una disminución de la sintomatología depresiva.

MÓDULO III: Actividades

El objetivo principal es conseguir que el paciente identifique alternativas y metas que le permitan tener más control sobre su vida y conseguir que logre tener motivación para superar el estado de ánimo depresivo. Para ello, se realizan ejercicios que están enfocados en actividades placenteras de la vida diaria y sobre las estrategias que se pueden utilizar para superar algunos obstáculos que pueden aparecer con la realización de éstas. De igual manera, en este módulo se pretende que el paciente tenga control

sobre el tiempo y que realice actividades que le resulten placenteras, así como de planificar y proponer una serie de metas que se quieren alcanzar. Se llevarán a cabo 3 sesiones que se aplicarán durante 1 hora de duración y una vez a la semana.

MÓDULO IV: Relaciones Interpersonales

Se tiene como objetivo que el paciente aprenda a identificar, mantener y fortalecer las relaciones interpersonales. El psicólogo/a identifica junto con el paciente cómo los pensamientos influyen en su círculo social y se realizan actividades para practicar la asertividad. Finalmente, se realiza una evaluación del progreso del paciente a lo largo de las sesiones y se recalcan sus fortalezas y logros. Este módulo está compuesto por 3 sesiones de aproximadamente 1 hora de duración y distribuidos una vez por semana.

Descripción Del Programa

MÓDULO I: Presentación, Evaluación y Psicoeducación

SESIÓN 1

Objetivo: Presentación y recogida de información.

Materiales empleados en la sesión: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Cuestionario de Salud SF-36 impreso.

En la primera sesión, se procede a realizar una entrevista para recopilar los aspectos fundamentales de la vida del paciente (con qué personas convive, aspectos laborales y sociales, salud física y mental, relaciones con los demás, la existencia de alguna patología previa, antecedentes, etc) y de qué manera afecta a su calidad de vida. La entrevista se finaliza con preguntas acerca del estado de ánimo del paciente (en qué momento del día es más frecuente que aparezcan esos síntomas, si padece insomnio, si ha tenido una pérdida o aumento de peso, si siente pérdida de energía, si tiene sentimientos de culpabilidad o de inutilidad, etc).

Más adelante, el profesional se presenta al paciente y se le explicará el procedimiento que se va a llevar a cabo a lo largo de la intervención, así como de los objetivos, las reglas y los módulos que se llevarán a cabo en el programa. Para ello, se le pide que firme el consentimiento informado (anexo 1) en el cual se detalla la confidencialidad de los datos personales de la persona y de la posibilidad de poder retirarse en cualquier momento de la intervención.

Por último, se le pasará el Inventario de Depresión de Beck-II llamado BDI-II (Beck et al., 1996) que está formado por 21 ítems que evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva (anexo 2) y el Cuestionario de Salud SF-36 (anexo 3).

SESIÓN 2

Objetivo: Proporcionar información de la terapia en la cual va a participar.

Tareas para casa: Termómetro Del Ánimo.

En esta sesión se le explicará al paciente en qué consiste la TCC, diferenciando la parte cognitiva (pensamientos), la parte conductual (acciones) y recalando que la depresión mayoritariamente está influenciada por los sentimientos. Se le mostrará y explicará para que entienda el funcionamiento de la terapia, una ilustración de Cómo Funciona La Depresión (anexo 4). También se realizará psicoeducación acerca de la EM, proporcionando información de la enfermedad, así como de sus síntomas y la importancia de realizar una intervención para mejorar su calidad de vida.

A continuación, se le preguntará al paciente lo que significa estar deprimido/a, qué pensamientos se le pasan por la mente cuando se siente deprimido/a, qué hace cuando se siente deprimido/a y qué relación tiene con la gente cuando se sientes deprimido/a. Para cerrar el debate, se utiliza la información proporcionada por el paciente en las preguntas que se han realizado y se explica nuevamente la ilustración de la depresión.

Para el cierre de la sesión, se mandará como tarea para casa el Termómetro Del Ánimo (anexo 5) en el que tendrá que anotar diariamente su estado de ánimo en una puntuación del 1 al 9, siendo el 1 el peor y 9 el mejor.

MÓDULO 2: Pensamientos

SESIÓN 3

Objetivo: Conocer cuáles son los tipos de pensamientos.

Tarea para casa: Continuar con el Termómetro del Ánimo y Listas de Pensamientos Positivos y Negativos.

Al comienzo de la sesión, se realizará un repaso del Termómetro del Ánimo y le preguntaremos cómo se ha sentido rellenándolo. Se tendrá que reforzar al paciente a que siga haciéndolo a lo largo de todas las semanas dejando claro que es una forma de ver cómo fluctúa su estado de ánimo y cómo cambia a lo largo del tiempo, es decir, como un proyecto personal.

A continuación, se procede a realizar una actividad denominada “El Inventor de Pensamientos” (anexo 6) en la que el paciente deberá leer un texto y tendrá que identificar cuáles son los pensamientos positivos y negativos que pudiera haber tenido mientras estuviera leyéndolo y se realizará una reflexión acerca de ello. Después de esta actividad, se le explicará mediante ejemplos y con la ayuda de un PowerPoint, cuáles son los tipos de pensamiento (anexo 7): negativos, positivos, inflexibles, enjuiciadores, destructivos e innecesarios.

Para finalizar la sesión, se mandará como tarea para casa que rellene al final del día una Lista de Pensamientos Positivos (anexo 8) y Negativos (anexo 9) en la que tendrá que marcar el pensamiento que tuvo y al final tendrá que sumar el número total de pensamientos positivos y el número total de pensamientos negativos para observar la relación existente entre los dos y su estado de ánimo. Se le pedirá también que continúe rellenando la lista cada día.

SESIÓN 4

Objetivo: Conseguir que el paciente detenga los pensamientos negativos y los sustituya por otros más agradables.

Tareas para casa: Termómetro del Ánimo y Diario de Pensamiento.

Al inicio de la sesión, se le enseñará una técnica de parada de pensamiento denominada Vacío de Pensamiento, en la que el paciente deberá conseguir detener los pensamientos negativos que le producen malestar emocional y sustituirlos por otros más adaptativos. Para ello, habrá que hacer un ejercicio de imaginación sobre las experiencias personales que le causan pensamientos negativos y así, conseguir que el paciente conozca sus pensamientos y los clasifique en los siguientes estilos de pensamientos negativos (anexo 10): pensar en blanco y negro, minimizar lo positivo, filtro mental, leer la mente de otros, adivinar el futuro, dramatizar, insultarte a ti mismo/a o a otras personas, autoculparse.

Para seguir poniendo en práctica esta actividad, se mandará como tarea para casa el Diario de Pensamiento (anexo 11). Es una tarea en la que la persona tendrá que detener su pensamiento negativo y apuntarlo para así identificar qué tipo de pensamiento negativo tuvo y sustituirlo por otro más acertado.

SESIÓN 5

Objetivo: Aumento de los pensamientos positivos mediante técnicas.

Tareas para casa: Termómetro del Ánimo y Práctica sobre el aumento de pensamientos positivos.

Al comienzo de la sesión, el profesional y el paciente realizarán un repaso de toda la información proporcionada en las anteriores sesiones.

Más tarde, se explica y se realiza juntamente con el paciente técnicas acerca del aumento de pensamientos positivos (anexo 12). De esta manera, se conseguirá que el paciente visualice un pensamiento agradable de manera clara y positiva. Por último, se pondrán en práctica cada una de las técnicas propuestas y se realizará un ejercicio de

respiración profunda. Se trata de concentrarse únicamente en la respiración y cuando aparezcan pensamientos a la mente, se reconocerán y se regresará de nuevo a la respiración.

SESIÓN 6

Objetivo: Conocer el modelo A-B-C-D.

Tarea para casa: Termómetro del Ánimo y Tarea del modelo A-B-C-D.

Al comienzo de la sesión se le dirá al paciente que cuando se sienta deprimido/a se pregunte a sí mismo/a lo que está pensando y, para ello, se presenta el siguiente modelo:

-A: Evento activante, lo que sucedió (ejemplo: mi pareja me dejó)

-B: Creencia o pensamiento que se está teniendo, es decir, lo que se dice uno mismo con lo que está pasando (ejemplo: tengo la culpa de que me dejara, no le gustaré a nadie más...)

-C: Consecuencia del pensamiento, es decir, sentimiento que se tiene como resultado de ese pensamiento (ejemplo: lloré mucho, lo pasé muy mal...)

-D: Discutir o debatir a tu pensamiento generando pensamientos positivos (ejemplo: la relación no funcionó, pero otras irán mejor).

Por último, se le pasa al paciente una hoja de Tarea del modelo A-B-C-D (anexo 13) que tiene que rellenar diariamente. En la misma sesión, se realizarán dos ejemplos de prueba mediante las propias experiencias de la persona.

MÓDULO III: Actividades

SESIÓN 7

Objetivo: Potenciar las actividades agradables.

Tarea para casa: Termómetro del Ánimo y Lista de Actividades Agradables.

Esta sesión estará enfocada a conocer las actividades que le gustaban hacer al paciente y que ha dejado de hacer porque se siente deprimido/a. Para ello, se tomará

como referencia la definición de actividad agradable como una actividad que se hace en la vida diaria (por ejemplo, escuchar música, leer, ver la televisión, etc). Se comentará con el paciente las actividades que disfruta haciendo y se le preguntará qué cosas deja de hacer cuando se siente deprimido/a.

Para ello, se propone llevar a cabo un registro diario acerca del número de actividades agradables que lleve a cabo el paciente y para la próxima sesión se entregará una Lista de Actividades Agradables (anexo 14). Se le pedirá que anote alguna actividad que no aparezca en la lista pero que le guste. Al hacer esto, el paciente aprenderá que las actividades que realiza afectan a cómo se siente.

SESIÓN 8

Objetivo: Establecer unas metas.

Tareas para casa: Termómetro del Ánimo y Programa Semanal de Actividades.

Una vez que el paciente haya identificado las actividades agradables, se comentará si le ha resultado satisfactorio hacer actividades que le gustan. En esta sesión se le pedirá que rellene a lo largo de la semana un programa de actividades llamado Programa Semanal de Actividades (anexo 15) en la que tendrá que escribir las actividades que realiza diariamente y los horarios en que las va a realizar. Se le proporciona una hoja modelo y se le motiva a que rellene el programa durante la semana. Más tarde, comentaremos en conjunto qué cosas podrían impedir la realización de la actividad y se trabajará conjuntamente en el afrontamiento de esos problemas.

Por último, el profesional y el paciente trabajarán en conjunto a lo largo de la sesión, las metas que se quieren conseguir tanto a corto como a largo plazo y las irán anotando en una hoja titulada Metas Por Conseguir (anexo 16). Deberán de ser metas claras y realistas. Al plantear las metas, se le pedirá al paciente que identifique cuáles son los posibles obstáculos a la hora de conseguir sus metas y cómo poder solventarlos.

MÓDULO IV: Relaciones Interpersonales

SESIÓN 9

Objetivo: Conocer la red social de la persona y cómo fomentarla.

Tareas para casa: Termómetro del Ánimo.

En esta sesión se comentará la importancia de tener apoyo social en la vida ya que es beneficioso para la salud y se trabajará el contacto con otras personas para mejorar el estado de ánimo. Muchas personas deprimidas, tienden a abandonar las relaciones sociales debido a una calidad de vida perjudicada por la depresión, por lo que, se harán preguntas al paciente para conocer quiénes son sus amistades, cada cuánto tiempo los ve y en qué personas tiene confianza.

Se realizará una actividad llamada Mi Círculo Social (anexo 17) en el que se debe de escribir el nombre de la persona en el círculo del centro y en cada figura de alrededor el paciente tendrá que escribir el nombre de las personas que forman parte de su vida. Dependiendo de si su círculo es más o menos amplio, se realizará otro ejercicio denominado Lugares que conectan personas. En ella, el paciente tendrá que mencionar o enumerar los lugares en los que se puede conocer a otras personas y cómo llevaría a cabo estas acciones.

Por último, se aprenderá a manejar en la sesión cómo los pensamientos, comportamientos o sentimientos influyen en las relaciones con otras personas y se proporcionarán estrategias para fomentar las relaciones. También se identificarán cómo se manifiestan esas tres áreas cuando el paciente está sólo/a.

SESIÓN 10

Objetivo: Práctica de la asertividad y regulación de los pensamientos con otras personas.

Tareas para casa: Termómetro del Ánimo.

Al comienzo de la sesión se realizará una actividad de imaginación para poner a prueba la asertividad. En ella, el paciente tendrá que imaginar una situación con una persona con la que le resulte difícil ser asertivo/a. Para ello, tendrá que visualizar la situación como si fuese una película y tendrá que decir algo de manera asertiva imaginando la respuesta que recibe de la otra persona. Este ejercicio se realiza para poner en práctica las destrezas de comunicación, como la escucha activa, que se explicarán a lo largo de la sesión.

Más tarde se pondrán algunos ejemplos de situaciones en las que el paciente se siente molesto con alguien y se explicará la manera más efectiva de decir cómo piensa o se siente siguiendo tres pasos:

- 1- Decir lo que te molesta
- 2- Decir cómo te sientes
- 3- Decir lo que piensas.

Por ejemplo, “cuando tú me gritas me siento triste porque me hace pensar que estás enfadado/a conmigo”.

En el cierre de la sesión, se le detalla al paciente que antes de estar con otras personas puede decidir cambiar su manera de ver las cosas o bien, teniendo un pensamiento diferente (qué tipo de pensamiento le gustaría tener estando con otras personas) o comportándose diferente (decidir por anticipado cómo te gustaría comportarte con esas personas). Después de estar con otras personas, deberá de pensar acerca de los sentimientos que experimentó mientras estaba con el resto y que defina lo que le hizo sentir bien o sentir mal.

SESIÓN 11

Objetivo: Comprobar si ha habido una mejora en la sintomatología depresiva del paciente.

Materiales empleados en la sesión: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 impreso.

Una vez concluidas las sesiones, se volverá a realizar una evaluación al paciente para comprobar si ha habido una mejora en su sintomatología depresiva y se han

cumplido los objetivos propuestos en el programa de intervención. Para ello, se le volverán a pasar los mismos cuestionarios que se realizaron en la primera sesión y se comparará el resultado final con respecto al inicio del programa.

Al finalizar la sesión, se le informa al paciente de que han terminado el contenido propuesto en la terapia, se deberá evaluar cómo se siente el paciente con respecto a su depresión, cómo se sintió durante la terapia, etc.



Calendario De Actividades

Tabla 1

Calendario de actividades del programa.

Sesión	Módulo	Objetivo	Tareas para casa
Sesión 1	MÓDULO I	Presentación y recogida de información	
Sesión 2	MÓDULO I	Proporcionar información de la terapia en la cual va a participar	Termómetro del Ánimo
Sesión 3	MÓDULO II	Conocer cuáles son los tipos de pensamientos	Termómetro del Ánimo y Listas de Pensamientos Positivos y Negativos
Sesión 4	MÓDULO II	Conseguir que el paciente detenga los pensamientos negativos y los sustituya por otros más agradables	Termómetro del Ánimo y Diario de Pensamiento
Sesión 5	MÓDULO II	Aumento de los pensamientos positivos mediante técnicas	Termómetro del Ánimo y Práctica sobre el aumento de pensamientos positivos
Sesión 6	MÓDULO II	Conocer el modelo A-B-C-D	Termómetro del Ánimo y Tarea del modelo A-B-C-D
Sesión 7	MÓDULO III	Potenciar las actividades agradables	Termómetro del Ánimo y Lista de Actividades Agradables
Sesión 8	MÓDULO III	Establecer unas metas	Termómetro del Ánimo y Programa Semanal de Actividades
Sesión 9	MÓDULO IV	Conocer la red social de la persona y cómo fomentarla	Termómetro del Ánimo
Sesión 10	MÓDULO IV	Práctica de la asertividad y regulación de los pensamientos con otras personas	Termómetro del Ánimo
Sesión 11	MÓDULO IV	Comprobar si ha habido mejora en la sintomatología depresiva del paciente	

Delimitación de Recursos

Tabla 2

Recursos materiales y económicos.

Material	Euros
Folios	10.00€
Bolígrafos	5.00€
Material de PowerPoint	----
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	----
Cuestionario de Salud SF-36	----
Aula y mobiliario	----
Ordenador	400 €
Psicólogo/a de ACVEM	10.00€ x 11 sesiones= 110€
Total	425 €

Análisis de Su Viabilidad

Es un programa económico, ya que la mayor parte del material utilizado son fotocopias de actividades que se pueden realizar incluso a mano, por lo que no necesita mucho material, y esto resulta muy viable para llevarlo a cabo.

Se ha realizado este programa para mejorar la sintomatología depresiva en las personas con EM y para ello, se han empleado diferentes actividades para que el paciente vea por sí mismo cómo ha mejorado su estado emocional a lo largo de todas las sesiones. El desarrollo del programa puede ayudar al paciente a identificar los pensamientos negativos y sustituirlos por otros más agradables y así, conseguir que tenga una visión de sus pensamientos mucho más realistas. De esta manera, la realización de actividades agradables en el día a día favorecerá al paciente la mejora de

la sintomatología depresiva. Además, la aplicación del programa ayudará al paciente a mejorar su calidad de vida y las relaciones interpersonales, ya que, como se ha comentado anteriormente, estos ámbitos se ven afectados debido al estado de ánimo que sufren las personas con EM.

Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final

La evaluación permite conocer la intensidad de las variables de depresión y ansiedad tanto al principio como al final del programa y ver si se han alcanzado los objetivos propuestos. Para ello se han utilizado los siguientes cuestionarios.

Para medir la sintomatología depresiva, se utiliza el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996). El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Ha sido un inventario inicialmente propuesto por Beck y las versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es la quinta prueba más utilizado por profesionales de la salud españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Además, el BDI-II ha tenido algunas modificaciones con respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

Es un cuestionario fácil de utilizar y se puede aplicar tanto de manera individual como colectiva, con un formato de papel y lápiz o de manera oral. Es bastante rápido de realizar ya que tiene una duración de 5 o 10 minutos, aunque los pacientes con Depresión Grave podrían tardar un poco más en completarlo.

En cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se

obtiene una puntuación total que varía de 0 (puntuación mínima) a 63 (puntuación máxima).

Para la medición de la calidad de vida se utiliza El Cuestionario de Salud SF-36. Es un cuestionario compuesto de 36 ítems que valoran tanto los estados positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una batería de cuestionarios empleados en el MOS (Cuestionario de apoyo social) en el que se incluían 40 ítems relacionados con la salud.

El cuestionario cuenta de un total de ocho escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. Además, para evaluar cada escala, los ítems son agregados y transformados en una escala en el que 0 es el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud.

Este cuestionario incluye dos versiones: la versión estándar de 4 semanas y la versión abreviada de 1 semana. Preferiblemente debe ser autoadministrado, aunque también se puede utilizar en el contexto de una entrevista

Conclusiones

En este programa se pretende mejorar la sintomatología depresiva en personas con EM en fase RR, ya que se ha demostrado que la depresión es uno de los trastornos más frecuentes en personas con EM (Nyenhuis, Rao, Zajecka, Luchetta, Bernardin y Garron, 1995). El efecto incapacitante que provoca la EM desencadena un deterioro significativo en la calidad de vida, por lo que las relaciones sociales, el estado de salud general o la vitalidad también se encuentran afectadas (Mitchell, Benito-León, González y Rivera-Navarro, 2005).

Con el programa que se ha desarrollado se pretende realizar una intervención eficaz en la que el paciente deberá participar de manera activa en el desarrollo de las

actividades proporcionadas a lo largo de las sesiones. De esta manera, se pretende motivar y animar al paciente semanalmente a la realización de tareas haciendo que no encuentre el desarrollo de éstas como una obligación, si no como un objetivo de desarrollo personal para conseguir un funcionamiento normal en la vida diaria. Así pues, se pretende demostrar que la constancia en las tareas para casa y las actividades realizadas a lo largo del proceso terapéutico, tienen un gran impacto en la evolución de las manifestaciones de la depresión.

De acuerdo con Beck (1983), en el desarrollo de las sesiones se cumple con el objetivo de la intervención, ya que al modificar los pensamientos negativos se le ayuda a la persona a no anticipar comportamientos que fomenten la presencia de la depresión. Para la intervención en esos pensamientos, se han realizado actividades como el Vacío de Pensamiento o la Lista de Pensamientos Positivos y Negativos y de esta manera, incrementar los pensamientos positivos.

Cabe destacar que las técnicas planteadas, como el Diario de Pensamiento o El Termómetro del Ánimo, fueron las principales actividades que proporcionaron un soporte a este programa de intervención. Es necesario que el psicólogo/a elija las actividades más acertadas para que la intervención sea mucho más efectiva (Beck,1983).

Bajo estas actividades, se podría considerar que la actividad llamada “El Inventor de Pensamientos”, se desarrolló como un acercamiento de los pensamientos agradables, aunque más tarde se profundizaría en el logro de ésta. De esta manera, se logrará que la persona aprenda a manejar sus propios pensamientos. Por tanto, se podría decir que la práctica de esa técnica facilita una efectividad en la intervención.

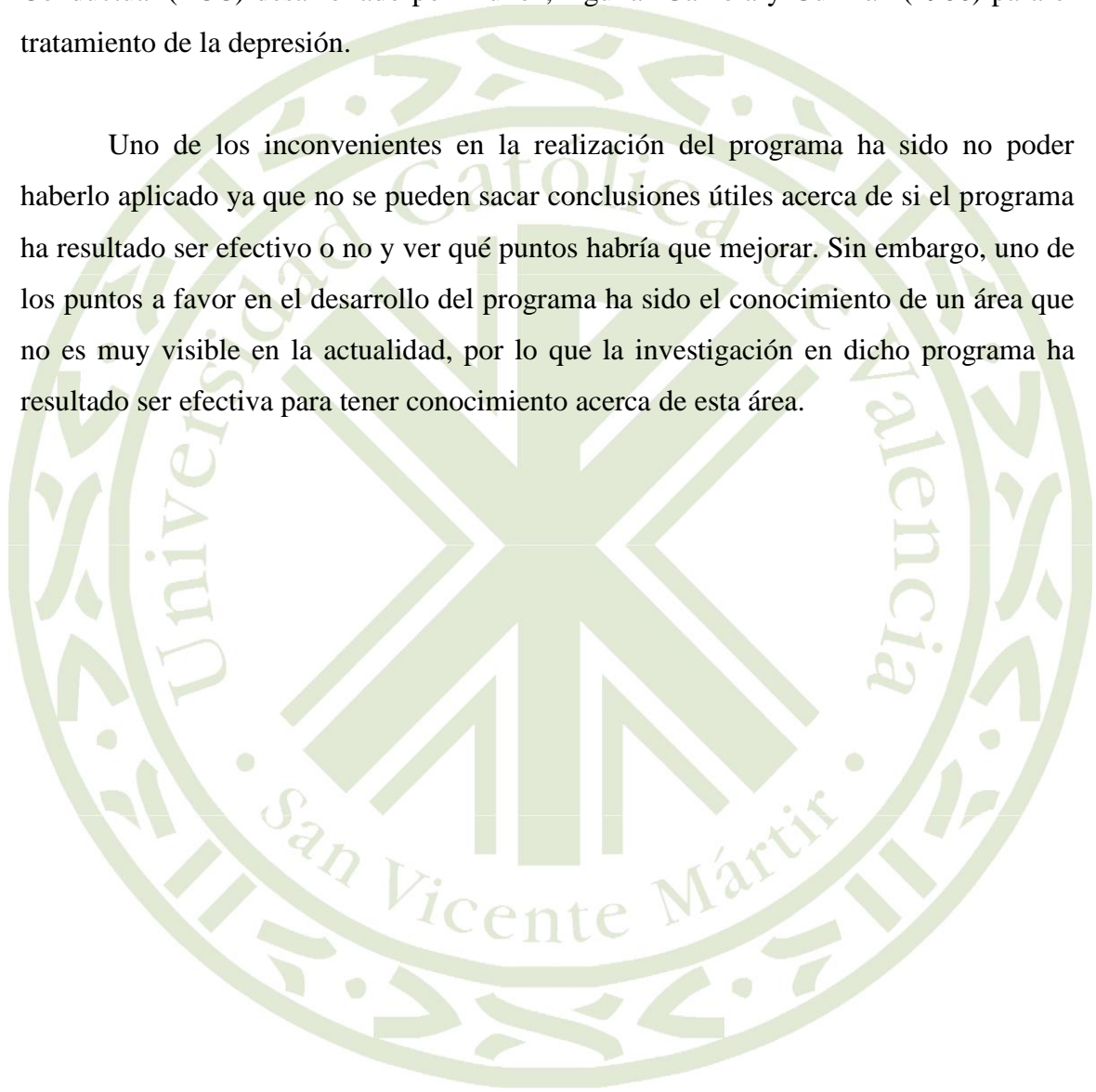
De la misma manera, el “Termómetro del Ánimo” permite identificar el estado de ánimo del paciente ya que es una técnica que se plantea como alternativa al mantenimiento de control y seguimiento del paciente a lo largo de las sesiones.

Cabe recalcar que no hay gran variedad de programas de TCC en la depresión con personas en EM, por lo que, en este programa, se intenta aportar nuevas estrategias y actividades para llevar a cabo una intervención en personas con EM. También cabe

destacar que es un programa bastante económico, ya que la mayoría de los materiales proporcionados son hojas o materiales creados en PowerPoint que el propio terapeuta puede elaborar.

El presente programa es una adaptación del modelo de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) desarrollado por Muñoz, Aguilar-Gaxiola y Guzmán (1986) para el tratamiento de la depresión.

Uno de los inconvenientes en la realización del programa ha sido no poder haberlo aplicado ya que no se pueden sacar conclusiones útiles acerca de si el programa ha resultado ser efectivo o no y ver qué puntos habría que mejorar. Sin embargo, uno de los puntos a favor en el desarrollo del programa ha sido el conocimiento de un área que no es muy visible en la actualidad, por lo que la investigación en dicho programa ha resultado ser efectiva para tener conocimiento acerca de esta área.



Bibliografía

- Arnett, P. (2001). Neuropsicología en esclerosis múltiple. Cuadernos de esclerosis múltiple, 9, 8-21.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).
- Ayache, S. S., y Chalah, M. A. (2017). Fatigue in multiple sclerosis—insights into evaluation and management. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 47(2), 139-171.
- Baringoltz, S. (2009). Terapia cognitiva y depresión. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. Vol, 2.
- Barnes, R. H., Busse, E. W., y Dinken, H. (1954). The alleviation of emotional problems in multiple sclerosis by group psychotherapy. *Group Psychotherapy*, 6, 193–201.
- Becoña, E., y Oblitas, L. (1997). Terapia Cognitivo–Conductual: Antecedentes Técnicas. *Revista Liberabit*, 3, 49-70.
- Bolding, H. (1960). Psychotherapeutic aspects in the management of patients with multiple sclerosis. *Diseases of the nervous system*, 21, 24.
- Brassington, J. C., y Marsh, N. V. (1998). Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. *Neuropsychology review*, 8(2), 43-77. doi:10.1023/A:1025621700003
- Browne, P., Chandraratna, D., Angood, C., Tremlett, H., Baker, C., Taylor, B. V., y Thompson, A. J. (2014). Atlas of multiple sclerosis 2013: a growing global problem with widespread inequity. *Neurology*, 83(11), 1022-1024. doi:10.1212/WNL.0000000000000768
- Carreres, M. A., Falguera, N. T., y Figuera, R. G. (2004). Enfermedades neurodegenerativas. *Rehabilitación*, 38(6), 318-324. doi:10.1016/s0048-7120(04)73487-8
- Carvalho, A., Sant'anna, G., Santos, C. C., Frugulhetti, I. P., Leon, S. A., y Quírico-Santos, T. (2003). Determinação de autoanticorpos para antígenos da mielina no soro de pacientes

HLA-DQB1* 0602 com esclerose múltipla. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 61(4), 968-973. doi:10.1590/s0004-282x2003000600015

Coles, A. J., Compston, D. A., Selmaj, K. W., Lake, S. L., Moran, S., Margolin, D. H., ... y Tandon, P. K. (2008). Alemtuzumab vs. interferon beta-1a in early multiple sclerosis. *N Engl J Med*, 359(17), 1786-1801.

Crawford, J. D., y McIvor, G. P. (1985). Group psychotherapy: benefits in multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 66(12), 810-813. doi:10.5555/uri:pii:0003999385902333

Crawford, J. D., y McIvor, G. P. (1987). Stress management for multiple sclerosis patients. *Psychological reports*, 61(2), 423-429. doi: 10.2466/pr0.1987.61.2.423

DAY, M., DAY, E., y HERRMANN, R. (1953). Group therapy of patients with multiple sclerosis: a preliminary report. *AMA Archives of Neurology & Psychiatry*, 69(2), 193-196. doi: 10.1001/archneurpsyc.1953.02320260051003

De Andrés, C. (2003). Interés de los brotes en la esclerosis múltiple. *Fisiopatología y tratamiento. Rev neurol*, 36(11), 1058-1064.

Fassbender, K., Schmidt, R., Mößner, R., Kischka, U., Kühnen, J., Schwartz, A., y Hennerici, M. (1998). Mood disorders and dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in multiple sclerosis: association with cerebral inflammation. *Archives of neurology*, 55(1), 66-72.

Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(11), 1276-1281. doi:10.1177/1352458511417835

Feinstein, A., Magalhaes, S., Richard, J.-F., Audet, B., y Moore, C. (2014). The link between multiple sclerosis and depression. *Nature Reviews Neurology*, 10(9), 507-17. doi: 10.1038/nrneurol.2014.139

Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer.

- Foley, F. W., Bedell, J. R., LaRocca, N. G., Scheinberg, L. C., y Reznikoff, M. (1987). Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(6), 919. doi: 10.1037/0022-006X.55.6.919
- Foley, J. F., y Brandes, D. W. (2009). Redefining functionality and treatment efficacy in multiple sclerosis. *Neurology*, 72(23 Supplement 5), S1-S11. doi: 10.1212/wnl.0b013e3181a99bc2
- Goldman Consensus Group. (2005). The Goldman Consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 11(3), 328-337. doi: 10.1191/1352458505ms1162oa
- Hankomäki, E., Multanen, J., Kinnunen, E., y Hämäläinen, P. (2014). The progress of cognitive decline in newly diagnosed MS patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 129(3), 184-191. doi: 10.1111/ane.12161
- Hartings, M. F., Pavlou, M. M., y Davis, F. A. (1976). Group counseling of MS patients in a program of comprehensive care. *Journal of chronic diseases*, 29(2), 65-73. doi: 10.1016/0021-9681(76)90007-2
- Henry, A., Tourbah, A., Chaunu, M. P., Rumbach, L., Montreuil, M., y Bakchine, S. (2011). Social cognition impairments in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 17(6), 1122.
- Higginson, C. I., Arnett, P. A., y Voss, W. D. (2000). The ecological validity of clinical tests of memory and attention in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15(3), 185-204.
- Iriarte, J., Carreño, M., y de Castro, P. (1996). Fatiga y afectación por sistemas funcionales en esclerosis múltiple. *Neurología*, 11(6), 22-27.
- Kelly, R. (1985). Clinical aspects of multiple sclerosis. *Handbook of Neurology* 59.
- Khan, F., Turner-Stokes, L., Ng, L., Kilpatrick, T., y Amatya, B. (2007). Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi: 10.1002/14651858.CD006036.pub2/abstract

- Klonoff, H., Clark, C., Oger, J., Paty, D. y Li, D. (1999). Neuropsychological performance in patients with mild multiple sclerosis. *Journal Nervous Mental Disease*, 179(3), 127-131. doi:10.1097/00005053- 199103000-00002
- Koepke, S., Solari, A., Rahn, A., Khan, F., Heesen, C., y Giordano, A. (2018). Information provision for people with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). doi:10.1002/14651858.CD008757.pub3
- Köpke, S., Solari, A., Khan, F., Heesen, C., y Giordano, A. (2010). Information provision for persons with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). doi: 10.1002/14651858.CD008757/abstract
- Kraemer, M., Herold, M., Uekermann, J., Kis, B., Wiltfang, J., Daum, I., ... y Abdel-Hamid, M. (2013). Theory of mind and empathy in patients at an early stage of relapsing remitting multiple sclerosis. *Clinical neurology and neurosurgery*, 115(7), 1016-1022. doi: 10.1016/j.clineuro.2012.10.027
- Larcombe, N. A., y Wilson, P. H. (1984). An evaluation of cognitive-behaviour therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *The British Journal of Psychiatry*, 145(4), 366-371.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L., y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. *Theoretical issues in behavior therapy*, 331359.
- Lincoln, N. B., Dent, A., Harding, J., Weyman, N., Nicholl, C., Blumhardt, L. D., y Playford, E. D. (2002). Evaluation of cognitive assessment and cognitive intervention for people with multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(1), 93-98.
- Maguire, B. L. (1996). Effects of imagery on attitudes and moods in multiple sclerosis patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(2-B), 1447.
- Marrie, R. A., Reingold, S., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sorensen, P. S., ... y Reider, N. (2015). The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: a systematic review. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(3), 305-317. doi: 10.1177/1352458514564487

- Minden, S. L., y Schiffer, R. B. (1991). Depression and mood disorders in multiple sclerosis. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*.
- Mitchell, A. J., Benito-León, J., González, J. M. M., y Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology*, 4(9), 556-566.
- Mohr, D. C., Goodkin, D. E., Islar, J., Hauser, S. L., y Genain, C. P. (2001). Treatment of depression is associated with suppression of nonspecific and antigen-specific TH1 responses in multiple sclerosis. *Archives of neurology*, 58(7), 1081-1086.
- Mohr, D. C., Goodkin, D. E., Likosky, W., Beutler, L., Gatto, N., y Langan, M. K. (1997). Identification of Beck Depression Inventory items related to multiple sclerosis. *Journal of behavioral medicine*, 20(4), 407-414. doi: 10.1023/A:1025573315492
- Mohr, D. C., Hart, S. L., y Goldberg, A. (2003). Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 542-547. doi: 10.1097/01.PSY.0000074757.11682.96
- Mohr, D. C., Likosky, W., Bertagnolli, A., Goodkin, D. E., Van Der Wende, J., Dwyer, P., y Dick, L. P. (2000). Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(2), 356. doi:10.1037/0022-006X.68.2.356
- Ng, A. V., Miller, R. G., Gelinas, D., y Kent-Braun, J. A. (2004). Functional relationships of central and peripheral muscle alterations in multiple sclerosis. *Muscle & Nerve*, 29(6), 843-852. doi:10.1002/mus.20038
- Nyenhuis, D. L., Rao, S. M., Zajecka, J. M., Luchetta, T., Bernardin, L., y Garron, D. C. (1995). Mood disturbance versus other symptoms of depression in multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1(3), 291-296.
- Nyenhuis, D. L., y Luchetta, T. (1998). The development, standardization, and initial validation of the Chicago Multiscale Depression Inventory. *Journal of personality assessment*, 70(2), 386-401. doi:10.1207/s15327752jpa7002_14
- Ormerod, I. E. C., Du Boulay, E. P. G. H., Callanan, M. M., Johnson, G., Logsdail, S. J., Moseley, I. S., ... y Kendall, B. E. (1984). NMR in multiple sclerosis and cerebral

vascular disease. *The Lancet*, 324(8415), 1334-1335. doi:10.1016/S0140-6736(84)90836-5

Pagnini, F., Bosma, C. M., Phillips, D., y Langer, E. (2014). Symptom changes in multiple sclerosis following psychological interventions: a systematic review. *BMC neurology*, 14(1), 222. doi:10.1186/s12883-014-0222-z

Phillips, L. H., Henry, J. D., Scott, C., Summers, F., Whyte, M., y Cook, M. (2011). Specific impairments of emotion perception in multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 25(1), 131. doi:10.1037/a0020752

Polman, C. H., Reingold, S. C., Banwell, B., Clanet, M., Cohen, J. A., Filippi, M., ... y Lublin, F. D. (2011). Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Annals of neurology*, 69(2), 292-302.

Polo, J. V. P., y Díaz, D. E. P. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.

Rampello, A., Franceschini, M., Piepoli, M., Antenucci, R., Lenti, G., Olivieri, D., y Chetta, A. (2007). Effect of aerobic training on walking capacity and maximal exercise tolerance in patients with multiple sclerosis: a randomized crossover controlled study. *Physical therapy*, 87(5), 545-555.

Rao, S. M., Leo, G. J., Bernardin, L., y Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis.: I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology*, 41(5), 685-691. doi: 10.1212/WNL.41.5.685

Rosique Sanz, M. T., y Sanz Aparicio, T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente, *Análisis y Modificación de Conducta*, 39, 159-160, 17-23

Sáenz de Pipaón, I., y Larumbe, R. (2001). Programa de enfermedades neurodegenerativas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 49-76.

Sales, A., Pardo Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.

Scheimberg, L. (1988). Esclerosis múltiple. Ancora SA Barcelona.

Schwartz, C. E. (1999). Teaching coping skills enhances quality of life more than peer support: Results of a randomized trial with multiple sclerosis patients. *Health psychology*, 18(3), 211. doi: 10.1037/0278-6133.18.3.211

SEN. (17 de diciembre, 2015). En España existen 47.000 personas afectadas por esclerosis múltiple, una cifra que se ha duplicado un 2,5 en los últimos 20 años. [Comunicado de prensa]. Recuperado de: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link178.pdf>

Simone, I. L., Carrara, D., Tortorella, C., Ceccarelli, A., y Livrea, P. (2000). Early onset multiple sclerosis. *Neurological Sciences*, 21(2), S861-S863. doi: 10.1007/s100720070027

Viner, R., Patten, S. B., Berzins, S., Bulloch, A. G., y Fiest, K. M. (2014). Prevalence and risk factors for suicidal ideation in a multiple sclerosis population. *Journal of psychosomatic research*, 76(4), 312-316. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.12.010

Voss, W. D., Arnett, P. A., Higginson, C. I., Randolph, J. J., Campos, M. D., y Dyck, D. G. (2002). Contributing factors to depressed mood in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(2), 103-115.

Ziemssen, T. (2009). Multiple sclerosis beyond EDSS: depression and fatigue. *Journal of the Neurological Sciences*, 277, S27-S41. doi: 10.1016/S0022-510X(09)70011-5

Anexos

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO



ASOCIACIÓN DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Por medio del presente, yo: _____

otorgo mi consentimiento para participar de manera voluntaria y en total uso de mis facultades para tomar decisiones y entender la información que se me presenta en dicho documento.

Yo _____, en calidad de psicóloga, me permito el derecho de informar acerca del diagnóstico realizado al Sr/Sra. _____.

El paciente ha demostrado un cuadro depresivo severo que necesita de una intervención inmediata para reducir daños físicos o mentales como resultado de la permanencia en este estado.

Se someterá al paciente a 11 sesiones una vez a la semana con una duración de una hora aproximadamente. Es necesario que se presente unos 10 minutos antes de la hora establecida. Si no se ha presentado a la hora correspondiente, se dará por cancelada la cita. La asistencia se tendrá que respetar conforme a lo establecido durante 3 meses, después de los cuales se realizará una nueva evaluación para determinar el cambio en el estado del paciente.

El paciente tiene pleno derecho y completa libertad de terminar este tratamiento en cualquier momento.

Por medio de este documento yo, _____ otorgo mi consentimiento informado para que se lleve a cabo el tratamiento que aquí se ha especificado.

En Valencia, a _____ de _____ de 2020.

Sr/Sra:

Firma de la psicóloga:

ANEXO 2: INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE BECK-II, BDI-II.

BDI-II¹

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

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

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con Uno Mismo

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Subtotal Página 2

Subtotal Página 1

Puntaje total

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹ Excelente	<input type="checkbox"/> ² Muy buena	<input type="checkbox"/> ³ Buena	<input type="checkbox"/> ⁴ Regular	<input type="checkbox"/> ⁵ Mala
--	--	--	--	---

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ¹	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ²	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> ³	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁴	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁵
--	---	--	--	---

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

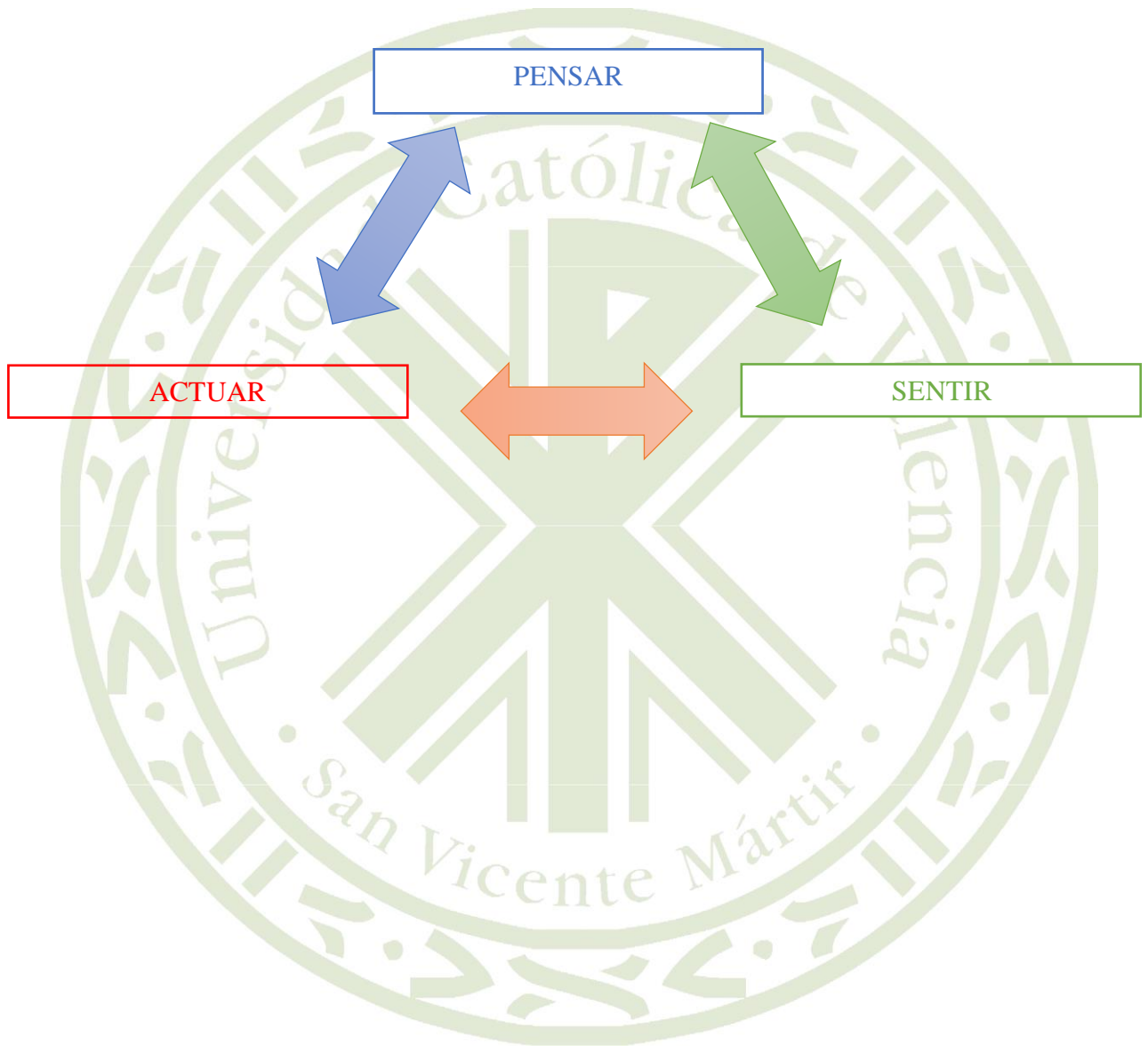
11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

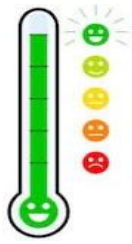
Gracias por contestar a estas preguntas

ANEXO 4: CÓMO FUNCIONA LA DEPRESIÓN

CÓMO FUNCIONA LA DEPRESIÓN



ANEXO 5: TERMÓMETRO DEL ÁNIMO



TERMÓMETRO DEL ÁNIMO

Instrucciones: Redondea el número con el que te sientas identificado/a cada uno de los días de la semana, siendo 1 el peor y 9 el mejor.

¿CÓMO ME SIENTO?	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bastante mejor	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante peor	2	2	2	2	2	2	2
Pésimo	1	1	1	1	1	1	1

ANEXO 6: “EL INVENTOR DE PENSAMIENTOS”

Cuentan los habitantes del lugar, que hace muchos años vivía allí un inventor de pensamientos. Este inventor de pensamientos tenía un trabajo muy importante porque inventaba pensamientos positivos para las personas. Si las personas tenían pensamientos positivos, se sentían bien y estaban contentas. Y cuando se sentían bien y estaban contentas se portaban muy bien y hacían buenas acciones.

El pequeño Teo, había escuchado muchas veces esas historias en boca de los mayores. Teo prestaba mucha atención a las mismas, porque el necesitaba al inventor de pensamientos. Teo siempre pensaba cosas malas acerca de todo lo que le ocurría. Cuando sacaba malas notas, pensaba que era imposible mejorar las calificaciones, que era culpa suya porque era un inútil. Si le reñían en casa, pensaba que todos eran malos y que no le querían lo suficiente. Si alguna vez escuchaba un ruido por la noche, pensaba que algo terrible iba a suceder. Cuando perdía algún partido, creía que los demás no jugaban bien y que por lo tanto era culpa de ellos que no se esforzaban. Y de este modo siempre pensaba cosas negativas sobre todo lo que le ocurría.

Estas formas de pensar le hacían sentirse mal. Cuando pensaba que era un inútil se sentía triste y frustrado, y no estudiaba porque no le iba a servir de nada. Cuando le reían se sentía muy enfadado y se portaba muy mal para molestar a su familia. Si escuchaba ruidos sentía mucho miedo y no podía dormir. Cuando creía que era culpa de los demás perder los partidos, se enfadaba con ellos y les gritaba mucho.

Así que una mañana cualquiera decidido salir en busca del inventor de pensamientos y después de mucho buscar le encontró.

-Buenos días inventor de pensamientos. Le dijo Teo.

-Buenos días- respondió el inventor. ¿Te puedo ayudar en algo?

-Si señor-respondió el niño. -he oído que usted es un inventor de pensamientos y me gustaría que inventase pensamientos buenos para mí.

Teo le contó toda su historia. Le explico lo que pensaba en determinadas ocasiones, le comento como se sentía y lo que hacía y por eso era muy urgente que el inventor de pensamientos inventara pensamientos positivos para él.

El inventor de pensamientos, le explico lo siguiente:

-La gente no explica bien mi trabajo, yo no puedo inventar pensamientos para ti. Yo solo puedo inventar mis propios pensamientos. Mi trabajo consiste en enseñar a los demás a inventarse sus pensamientos. Solo tú puedes inventar tus pensamientos, yo sólo puedo ayudarte a hacerlo.

Teo, que era un niño muy listo, enseguida comprendió lo que el “inventor de pensamientos” le había explicado. Y con ayuda de éste poco a poco fue cambiando sus pensamientos. Aprendió a pensar que cuando sacaba malas notas no era porque era inútil, sino porque no se había esforzado. Dejo de pensar que cuando le reñían era porque no le querían y pensó que tal vez les hubiera molestado y se merecía la riña. Cambio lo que pensaba sobre los ruidos que escuchaba y ya no sentía miedo. Si perdía algún partido, dejo de pensar que los demás jugaban mal y empezó a pensar que tenían que animarse y aprender todos juntos a colaborar.

De esta forma, gracias a sus nuevos inventos de pensamientos, empezó a sentirse bien y sin darse cuenta comenzó a portarse muy bien

Texto obtenido de: <https://educayaprende.com/cuento-infantil-el-inventor-de-pensamientos/>

ANEXO 7: TIPOS DE PENSAMIENTOS



niver

lenc

NEGATIVOS

Son pensamientos que TE HACEN SENTIR MAL

Por ejemplo:
"Yo no valgo para nada" o
"Siempre me voy a sentir mal"



2

POSITIVOS

Estos pensamientos te hacen sentir
MEJOR

Por ejemplo:

"Puedo hacer esto para sentirme bien" o
"Yo puedo hacer esto"



INFLEXIBLES

- × Es un pensamiento que NO CAMBIA. Una persona deprimida puede pensar "No hago las cosas bien".
- Un pensamiento flexible para evitar el anterior pensamiento podría ser: "Muchas veces hago las cosas bien"



Enjuiciadores

- × Son pensamientos negativos sobre ti mismo/a. Por ejemplo, una persona deprimida puede llegar a pensar: “No valgo para hacer nada” o “Soy inútil”
- Un pensamiento FLEXIBLE que puede evitar el pensamiento anterior podría ser: “Tengo habilidades que me hacen ser una persona agradable” o “ No puedo caerle bien a todo el mundo”



5

DESTRUCTIVOS

Son pensamientos que NOS HACEN DAÑO. "Todo me tiene que salir mal" o "Esto solo me pasa a mí"

Cámbialos por otros CONSTRUCTIVOS, te ayudarán a sentirte mejor. "Yo puedo controlar mi propia vida"



6

INNECESARIOS

Son pensamientos que nos hacen sentir MAL y no cambian nada.
“Creo que me va a pasar algo malo”

Los pensamientos NECESARIOS te recordarán lo que tienes que hacer “ Tengo que hacer esto antes de salir de casa”



ANEXO 8: LISTA DE PENSAMIENTOS POSITIVOS

Instrucciones: Marca con una X los pensamientos positivos que has tenido cada día. Recuerda que, si has tenido alguno que no aparece en la lista, deberás apuntarlo.

Pensamientos Positivo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<i>Me siento bien</i>							
<i>Estoy haciendo cosas interesantes</i>							
<i>Tengo esperanza en el futuro</i>							
<i>Tengo sentido del humor</i>							
<i>Hay cosas que se me dan muy bien</i>							
<i>Soy bastante afortunado/a</i>							
<i>Tengo buenos amigos</i>							
<i>Me merezco que me pasen cosas buenas</i>							
<i>Puedo encontrar soluciones</i>							
<i>Soy buena persona</i>							
<i>Lo puedo hacer mejor</i>							
<i>Sé manejar esta situación</i>							
<i>A la gente le gusta pasar tiempo conmigo</i>							
<i>Soy honesto/a</i>							
<i>Soy simpático/a</i>							
<i>Tengo buen autocontrol</i>							
<i>Tengo tiempo para hacer las cosas que quiero</i>							
<i>Soy considerado/a con otras personas</i>							
<i>El día se presenta con alegría</i>							
<i>Las personas se llevan bien conmigo</i>							
<i>He trabajado mucho, necesito descansar</i>							

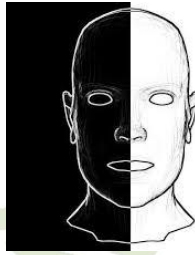
ANEXO 9: LISTA DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Instrucciones: Marca con una X los pensamientos negativos que has tenido cada día. Recuerda que, si has tenido alguno que no aparece en la lista, deberás apuntarlo.

<i>Pensamiento Negativo</i>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<i>Estoy confundido/a</i>							
<i>Estoy preocupado/a</i>							
<i>Nadie me quiere</i>							
<i>No tengo paciencia</i>							
<i>Estoy solo/a</i>							
<i>Soy feo/a</i>							
<i>Cualquiera que me conoce, sabe que no soy bueno/a</i>							
<i>Soy inútil</i>							
<i>No valgo para nada</i>							
<i>Todo es mi culpa</i>							
<i>Desearía estar muerto/a</i>							
<i>Nunca haré buenos amigos</i>							
<i>Soy una persona egoísta</i>							
<i>Las cosas van de mal a peor</i>							
<i>La vida no tiene sentido</i>							
<i>No voy a encontrar nunca lo que necesito</i>							
<i>No consigo hacer las cosas bien</i>							
<i>Aunque me esfuerce, las personas nunca estarán contentas</i>							
<i>No soy tan bueno/a como creen los demás</i>							
<i>Estoy desperdiciando mi vida</i>							

ANEXO 10: ESTILOS DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Pensar en blanco y negro



Ocurre cuando piensas las cosas como si fueran dos polos opuestos: o completamente buenas o malas. Por ejemplo, “esto solo me pasa a mí”, “he fallado por completo”, “todo me sale mal”.

Minimizar lo positivo

Ocurre cuando haces algo bueno y le restas importancia.

Por ejemplo, puedes pensar que no eres una persona agradable con nadie, de tal manera que, si alguien se muestra simpático/a contigo, piensas que esa persona tiene alguna mala intención.

Filtro mental



Es un pensamiento que ocurre cuando solamente te centras en lo negativo, de manera que todo lo demás lo ves negativo o como si fuese a salir mal. Puede referirse también a cuando se ven las cosas más grandes de lo que realmente son.

Por ejemplo, “Una persona está haciendo deporte y su entrenador personal sugiere que tiene que extender más la pierna. Por este comentario esa persona pensó que no servía para hacer deporte”.

Leer la mente de otros

Significa asumir lo que la gente está pensando, sin tener idea de lo que piensa en realidad. Por ejemplo, si conoces a una persona que te eleva el tono de voz, puede que haya tenido un mal día y no porque piense que has dicho algo malo.

Adivinar el futuro



Ocurre cuando sientes o predices las cosas malas que pueden pasar en un futuro, como, por ejemplo, “voy a estar solo/a en un futuro”, “no voy a presentarme a la entrevista porque no me van a seleccionar”.

Dramatizar

Es cuando piensas que tus sentimientos son la única versión de la realidad, y no hay ninguna más. Por ejemplo, “no encuentro mis gafas, soy un desastre” o “siempre me siento aburrido/a seguro que también lo soy para los demás”.

Insultarte a ti mismo/o a otras personas

Cuando cometes un error o haces algo mal, empiezas a pensar que eres un perdedor/a o un fracasado/a. Por ejemplo, podrías pensar. “he hecho mal un ejercicio, soy un desastre” o “soy inútil porque se me ha caído un vaso al suelo”. También puedes insultar a otras personas, por ejemplo, “esa persona es un traidor/a porque tiene a otros amigos/as”.

Autoculparse



Ocurre cuando te echas culpas a ti mismo/a de las cosas negativas que pasan a tu alrededor y de las que no tienes bajo control. Por ejemplo, si pasa algo con algún familiar cercano, sientes que fue tu culpa porque no lo pudiste evitar. “Mi padre enfermó, es mi culpa porque podría haberlo evitado”.

ANEXO 11: DIARIO DE PENSAMIENTO

Instrucciones: Detecta tus pensamientos negativos y anótalos clasificándolos con los estilos de pensamiento negativo. Luego sustitúyelos por otros más agradables.

APUNTA TU PENSAMIENTO NEGATIVO	IDENTIFICA QUÉ TIPO ES	SUSTITÚVELO POR OTRO MÁS ACERTADO



ANEXO 12: TÉCNICAS PARA AUMENTAR LOS PENSAMIENTOS POSITIVOS

-**TÉCNICA STOP:** Es una técnica que consiste en darse mentalmente un respiro y tener tiempo para nosotros mismos/as. Permite que la mente se relaje y tu cuerpo se sienta en paz. A esta técnica se añade un ejercicio de respiración profunda.

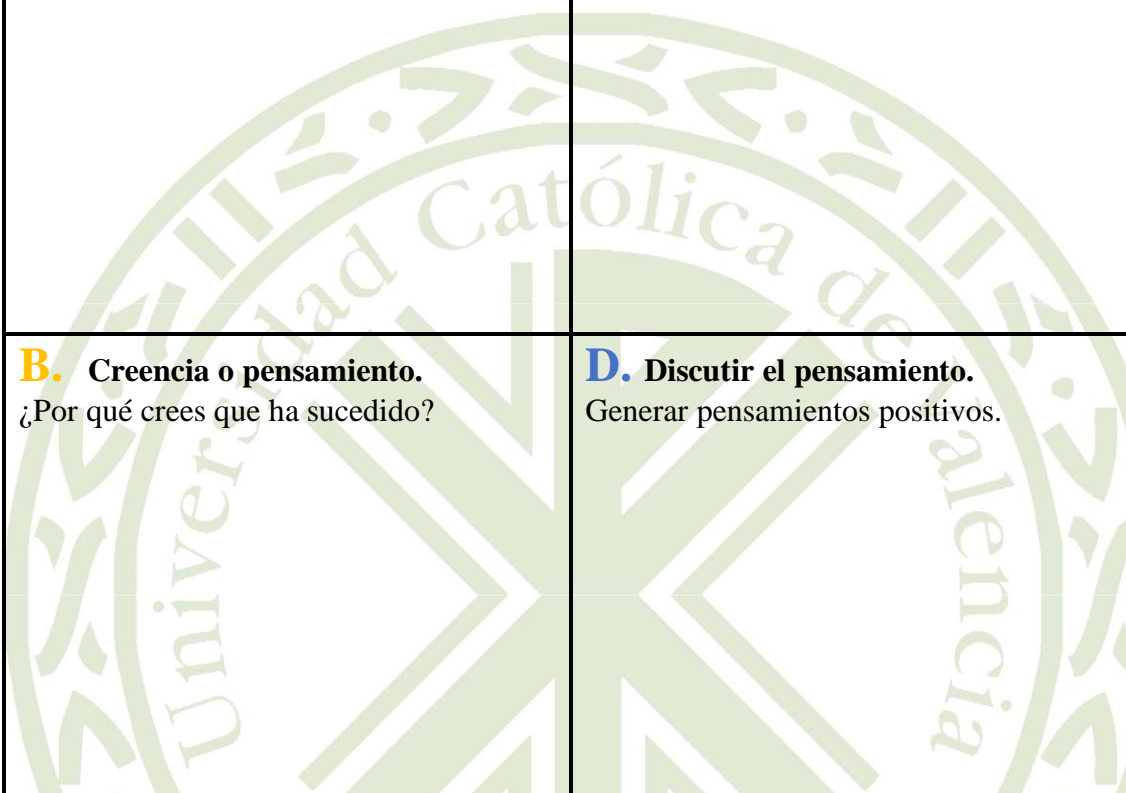
-**AUMENTAR PENSAMIENTOS AGRADABLES:** Realiza una lista con los pensamientos buenos que tienes de ti mismo/a y de la vida en general.

-**FELICÍTATE MENTALMENTE:** Identifica algún motivo por el cual te puedes felicitar mentalmente.

-**PROYECCIÓN HACIA EL FUTURO:** Con esta técnica se tratará de utilizar la imaginación sobre el futuro del paciente (guiada por el psicólogo/a). Se le incita al paciente a que visualice, por ejemplo, cómo se ve de aquí a unos años y que verbalice cómo se sienten o qué hacen, entre otros.

ANEXO 13: TAREA DEL MODELO A-B-C-D

<p>A. Evento Activante. ¿Qué ha sucedido?</p>	<p>C. Consecuencia del pensamiento. ¿Cómo me siento?</p>
<p>B. Creencia o pensamiento. ¿Por qué crees que ha sucedido?</p>	<p>D. Discutir el pensamiento. Generar pensamientos positivos.</p>



ANEXO 14: LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

Instrucciones: Lleva a cabo un registro diario acerca del número de actividades agradables que has realizado. Para ello, marca con una X la actividad agradable que has hecho cada día. Recuerda anotar alguna actividad que no aparezca en la vida y que te resulte de agrado realizar.

ACTIVIDADES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1. Ir a dar un paseo.							
2. Ir a comer/cenar a un restaurante.							
3. Quedar con amigos.							
4. Ver la televisión.							
5. Ir al cine/ teatro.							
6. Realizar algún deporte.							
7. Practicar un hobby.							
8. Ir a comprar.							
9. Viajar.							
10. Escuchar música.							
11. Leer un libro.							
12. Ir al museo, parque, playa...							
13. Estar con la familia.							
14. Aprender cosas nuevas.							
15. Cocinar.							
16. Asistir a una fiesta.							
17. Meditar o relajarse.							
18. Cuidar las plantas.							

19. Tocar un instrumento musical.							
20. Chatear en internet.							
21. Preparar una comida especial.							
22. Vestirse con la ropa favorita.							
23. Escuchar chistes.							
24. Cantar o bailar.							
25. Conocer a personas nuevas.							
26. Ir a un concierto.							
27. Ordenar la casa.							
28. Imaginar/planear el futuro.							
29. Jugar a juegos de mesa.							
30. Darse un baño relajante.							
31. Dar una vuelta en bicicleta.							
32. Disfrutar de la naturaleza.							
33. Planificar excursiones o vacaciones.							
34. Hacer manualidades.							
35. Charlar con amistades.							

ANEXO 15: PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

Instrucciones: Lleva a cabo un registro semanal acerca de las actividades que realizas diariamente. Para ello, escribe la actividad dentro de la casilla con el horario correspondiente.

Programa Semanal De Actividades

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

ANEXO 16: METAS POR CONSEGUIR

METAS POR CONSEGUIR

Metas a Corto Plazo

¿Qué te gustaría hacer dentro de unos meses?

Metas a Largo Plazo

¿Qué cosas te gustaría hacer en algún momento de tu vida?

Mi Círculo Social

