



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOPEDAGOGÍA

**“RESILIENCIA EN PERSONAS CON DISTIMIA. PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA”**

Alumna

Helea Danae Cano Moreno

Tutor

Dr. Jesús Javier Catalina Sancho

Curso académico 2020-2021



RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Máster tiene como objetivo general el diseñar una propuesta de intervención para desarrollar la capacidad de resiliencia en personas con trastorno distímico. Para poder alcanzar el mismo, se desarrolla una propuesta de intervención psicopedagógica, la cual emplea como metodología la Terapia Cognitiva de Beck. Para poder desarrollar esta propuesta, se lleva a cabo una amplia y minuciosa revisión bibliográfica sobre la distimia y la resiliencia. Para concluir, es destacable que este documento trabaja la resiliencia en personas con trastorno distímico, ya que esta habilidad da una mejor calidad de vida a los individuos que lo padecen, debido a que les aporta la posibilidad de cambiar la forma que tienen de ver el mundo, a sí mismos y el futuro.

PALABRAS CLAVE

Distimia, resiliencia, modelo de las verbalizaciones, modelo de Richardson, terapia cognitiva de Beck, propuesta de intervención psicopedagógica.



ABSTRACT

The general objective of this Master's thesis is to design an intervention proposal to develop resilience in people with dysthymic disorder. In order to achieve this, a psycho-pedagogical intervention proposal is developed, which uses Beck's Cognitive Therapy as a methodology. In order to develop this proposal, an extensive and thorough literature review on dysthymia and resilience is carried out. To conclude, it is noteworthy that this document works on resilience in people with dysthymic disorder, since this ability gives a better quality of life to individuals who suffer from it, because it gives them the possibility of changing the way they see the world, themselves and the future.

KEY WORDS

Dysthymia, resilience, verbalization model, Richardson model, Beck's cognitive therapy, psychopedagogic intervention proposal.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
2.1 JUSTIFICACIÓN	5
2.2 MOTIVACIÓN	7
2.3 COMPETENCIAS	7
3. OBJETIVOS	9
3.1 OBJETIVO GENERAL	9
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4. MARCO TEÓRICO	10
4.1 DISTIMIA.....	10
4.1.1 Concepto	10
4.1.2 Síntomas.....	11
4.1.3 Etiopatogenia.....	12
4.1.4 Epidemiología.....	13
4.1.5 Comorbilidad.....	16
4.1.6 Factores de riesgo.....	16
4.1.7 Complicaciones del trastorno distímico.....	21
4.1.8 El perfil de las personas con distimia	22
4.1.9 Subtipos de distimia	24
4.2.1 Conceptualización	24
4.2.2 Modelos de resiliencia	25
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	33
5.1 INTRODUCCIÓN.....	33
5.2 DESTINATARIAS	33
5.3 OBJETIVOS	34
5.3.1 Objetivo general.....	34
5.3.2 Objetivos específicos	34
5.4 CONTENIDOS.....	34
5.5 METODOLOGÍA	35
5.6 RECURSOS Y TEMPORALIZACIÓN.....	38
5.7 ACTIVIDADES.....	41
5.7.1 Etapa educativa.....	42
5.7.2 Etapa de entrenamiento	43
5.7.3 Aplicación (primera fase).....	45
5.7.4 Aplicación (segunda fase).....	46
5.8 EVALUACIÓN	49
6. CONCLUSIONES	53
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55



1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Fin de Máster trata como principal tema el trastorno depresivo persistente o distimia. Se centra en mejorar la calidad de vida de estas personas, dotándolas de una habilidad que les será de gran utilidad para afrontar situaciones que les resulten adversas y/o novedosas, la resiliencia. Partiendo de este punto, el trabajo tiene como fin trabajar con este colectivo para que desarrollen esa capacidad resiliente, mediante la terapia cognitiva de Beck, ya que esta trata principalmente los trastornos depresivos.

El trabajo que a continuación se presenta, como ya se ha mencionado, acerca a los lectores un subtipo que se encuentra dentro de los trastornos depresivos, la distimia. Esto es debido a que, la mayoría de la población general ha oído hablar sobre la depresión, pero no han profundizado en lo que esto representa para las personas que lo padecen, teniendo por ello nociones muy generales y, en numerosas ocasiones, erróneas de lo que es un trastorno depresivo. Es por ello que, en este trabajo, se acerca a la población la existencia de este trastorno depresivo. Para ello, en un primer momento, se hace una breve justificación y motivación que expone la razón por la cual se lleva a cabo esta propuesta de intervención psicopedagógica.

En segundo lugar, se muestran los objetivos, tanto general como específicos, que permiten la consecución satisfactoria de el presente Trabajo Fin de Máster.

En tercer lugar, se encuentra el marco teórico en el cual se hace una amplia descripción de todo lo que engloba a la distimia, habiendo empleado para ello numerosas referencias actualizadas de diversos autores que han trabajado sobre el tema que atañe. También se encuentra un marco teórico referido a la resiliencia, lo cual permite que se pueda programar una propuesta de intervención psicopedagógica adaptada a las necesidades y circunstancias de las personas con distimia.

En cuarto y último lugar, ya se encuentra la propuesta de intervención psicopedagógica, la cual incluye los objetivos que se persiguen, las destinatarias a las que va dirigida la propuesta, la metodología que se va a emplear a la hora de desarrollarla, los contenidos a tratar, las actividades que hay en cada sesión y la evaluación que se empleará.



2. JUSTIFICACIÓN

2.1 JUSTIFICACIÓN

Este Trabajo Fin de Máster de Psicopedagogía, pretende demostrar la posibilidad de que personas que padezcan un trastorno depresivo persistente o distimia, pueden mejorar su calidad de vida a través de la resiliencia, ya que esta les faculta para afrontar situaciones adversas con una mayor capacidad de adaptación. Es cierto que este es un reto complicado, dada la complejidad de dicho trastorno, pero desde las enseñanzas aportadas en este Máster y viendo que el aprender nuevas habilidades o conocimientos no se limita exclusivamente a la educación formal, si no que también se extiende a la educación no formal, la cual da la posibilidad a este colectivo de adquirir esta habilidad. Esto es debido a que esta habilidad como muchas otras se puede adquirir gracias al aprendizaje a lo largo de la vida, que es lo que promueve la educación no formal.

Para delimitar la razón por la que en este TFM se trabaja con personas que presentan un trastorno distímico, se responderán a las siguientes preguntas, que facilitarán la comprensión de este apartado. Dichas cuestiones son:

1. ¿Por qué es un tema de interés?

Es un tema de interés, debido a que las personas que padecen este trastorno depresivo persistente o distimia tienen dificultades a la hora de enfrentarse a situaciones adversas o cambiantes. Estas circunstancias provocan que la persona con este trastorno, en vez de obtener un aprendizaje o experiencia de la cual se puede beneficiar, lo convierte en una situación desagradable de la cual no se puede sacar provecho. La repetición de estas situaciones, provoca en la persona un sentimiento de desesperanza o de incapacidad para afrontar estas circunstancias.

2. ¿Por qué es importante?

El motivo por el cual es importante trabajar la resiliencia en personas con distimia, radica en lo comentado en la anterior pregunta. Se ve que es una habilidad que podría mejorar enormemente la calidad de vida de las personas con este trastorno, ya que les capacita de diferentes herramientas que les ayuden, no solo a afrontar a la adversidad, sino que también puedan obtener un aprendizaje de esa circunstancia, lo que les permitirá en un futuro saber manejar con mayor naturalidad y espontaneidad una situación adversa.



Cabe destacar que no solo estas personas se beneficiarían de adquirir esta habilidad, si no también las personas que componen su capital social (familia, amigos, ...). Esto se debe a que no solo sufre la persona que padece el trastorno, si no también sus mas allegados.

3. ¿Por qué la propuesta de intervención psicopedagógica puede dar aportaciones positivas al respecto?

La propuesta de intervención psicopedagógica al no realizarse únicamente de manera individual, sino que además se llevará a cabo con un grupo específico de personas, la experiencia será mas enriquecedora. Esto es debido a que cada persona podrá aportar, por ejemplo, como vivenció experiencias adversas pasadas y cómo las afrontó, lo que permite aprender sobre un número mayor de situaciones y la forma en la que las debemos afrontar.

Quiero resaltar que, a nivel personal, la búsqueda de información actualizada y la preparación de la intervención psicopedagógica, me permite estar más formada y preparada para afrontar el trabajo que debe hacer frente un profesional de la psicopedagogía.

4. ¿Por qué me interesa trabajar este tema?

La razón por la que he decidido trabajar este tema, es debido a que actualmente vivimos en un mundo en constante cambio, a día de hoy de una manera muy rápida y casi sin tiempo de asimilación a la situación diferente. Por ejemplo, la COVID-19 está provocando cambios muy rápidos en la sociedad, es decir, cada día salen nuevas noticias sobre las normas a seguir para afrontar este virus, sobre la situación epidemiológica, sobre las problemáticas que se están viendo en las vacunaciones, el número de personas afectadas ya no solo por la enfermedad si no por la situación social, laboral y económica, que deja a su paso a miles de personas sin trabajo o sin recursos.

Además, la COVID-19 está dejando a su paso un número elevado de personas que desarrollan una enfermedad mental, en especial estados depresivos o de ansiedad.

Esta es la principal razón, por la que el presente Trabajo Fin de Máster se centra en desarrollar la resiliencia en personas con un trastorno depresivo, ya que esta habilidad permite adaptarse a esta situación en constante cambio, a menudo de manera repentina y siendo esta circunstancia adversa.

2.2 MOTIVACIÓN

Por una parte, una de las motivaciones por las que en este TFM se trabaja la resiliencia en personas con distimia, es debido a que esta habilidad, la cual está actualmente muy presente en la sociedad, puede contribuir no solo a mejorar la calidad de vida de estas personas, sino de la sociedad en general. Además, cabe destacar que a nivel personal el profundizar en el conocimiento de la resiliencia, me permitirá no solo crecer como persona, si no también llevar a cabo mi labor como profesional de la psicopedagogía con mayor profesionalidad, pudiendo ayudar a diferentes personas a afrontar las situaciones adversas con más facilidad.

Por otro lado, con este TFM se pretende dar a conocer en mayor profundidad este trastorno del estado de ánimo y cómo lo viven las personas que lo padecen, ya que la sociedad desconoce la existencia de este trastorno y, además, se le añade el estigma de que las personas que padecen algún trastorno del estado de ánimo son usuarios débiles.

Por último, se pretende crear un sentimiento de empoderamiento en la vida de las personas que padecen de distimia, haciéndoles ver que el sufrir esta patología no hace imposible cambiar la perspectiva de vida, es decir, el poder modificar la forma en la que perciben las situaciones de la vida cotidiana, en especial las circunstancias adversas que se les presentará a lo largo de la vida.

2.3 COMPETENCIAS

Según la Facultad de Educación y Trabajo Social (2021), las competencias que se desarrollan en el presente TFM son las siguientes:

G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención. Esta competencia se ha desarrollado en el presente TFM, ya que en la intervención que se muestra da a ver que la actuación se implanta de una manera adecuada y profesional, porque se trabaja desde el respeto, la empatía y las características de las personas destinatarias.

G6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional. Esta competencia ha estado presente a lo largo de todo el desarrollo del TFM, debido a que la situación actual provocada por la COVID-19,



ha obligado a buscar la información necesaria a través de diferentes plataformas, como por ejemplo *Dialnet*, *Google Académico*, bibliotecas virtuales, ...

G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades. Esta competencia ha sido notablemente empleada en este TFM, ya que a lo largo de todo el recorrido que ha englobado la realización de el mismo, se ha debido buscar información actualizada (que no fuera anterior a el año 2010) constantemente y contrastarla con otras fuentes para ver su validez. Cabe destacar, que para el correcto desempeño de nuestra actividad laboral, se debe tener siempre una formación permanente, que ayude a llevar a cabo de una manera más novedosa y satisfactoria nuestra función.

E1. Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto. A la hora de diseñar la propuesta de intervención, se ha recogido información de numerosas fuentes, con el principal propósito de hacer ver las necesidades socioeducativas que presenta este colectivo con respecto a el aprendizaje de la resiliencia.

E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos. El presente TFM muestra una propuesta de intervención psicopedagógica, en la cual se han planificado y organizado diferentes sesiones en las cuales se trabaja el desarrollo de la resiliencia en personas con distimia.

E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica. Cualquier intervención que se plantee y que sea de carácter psicopedagógico, debe estar basada en una investigación previa. Este trabajo refleja esa investigación necesaria, gracias a la cual se ha podido establecer una propuesta de intervención psicopedagógica.



3. OBJETIVOS

En este apartado, se expone el objetivo general que se persigue en este Trabajo Fin de Máster, y los objetivos específicos necesarios para conseguir la meta principal.

3.1 OBJETIVO GENERAL

1. Diseñar una propuesta de intervención para desarrollar la capacidad de resiliencia en personas con trastorno distímico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar una revisión bibliográfica de las investigaciones y aportaciones científicas más recientes sobre la distimia.
2. Contribuir a aportar soluciones que permitan a las personas con trastorno distímico aprender de situaciones adversas.
3. Realizar una revisión bibliográfica sobre el concepto de resiliencia.
4. Ofrecer una posibilidad de desarrollo de la resiliencia en personas con trastorno distímico.



4. MARCO TEÓRICO

4.1 DISTIMIA

4.1.1 Concepto

Se hace necesario para llevar a cabo una intervención en personas con distimia, entender el trastorno. Para ello, a continuación, se explican diferentes conceptualizaciones obtenidas de una amplia revisión bibliográfica. Según Goena Vives y Molero Santos (2019, p. 5037), la distimia *es un trastorno del humor depresivo caracterizado por un curso crónico, en ocasiones fluctuante, y de una intensidad leve pero que causa un malestar clínicamente significativo.*

Otra definición a este término, la otorgan Gallardo-Moreno, et al. (2013), los cuales lo citan de la siguiente manera:

Es un trastorno afectivo crónico que se asocia con estrategias inadecuadas de adaptación a situaciones estresantes, sensibilidad al estrés, baja productividad en el trabajo, incremento del riesgo de admisión hospitalaria, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y la presencia de otras enfermedades. (Gallardo-Moreno, et al., 2013, p. 215)

Según García Arroyo, et al. (2011, p. 311), este trastorno es como *una depresión leve de curso crónico, que muestra un humor alterado casi constante, aunque con variaciones anárquicas debidas a las circunstancias ambientales.*

Por último, Carro de Francisco y Sanz Blasco (2015, p.44) definen la distimia como *un patrón crónico de alteración del comportamiento, que se caracteriza por presentar un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua y con una duración mínima de dos años, junto a otros posibles síntomas secundarios.*

Para finalizar, se aprecia que todas las definiciones coinciden en que es un problema que afecta al estado de ánimo y que es de carácter crónico. Así pues, a modo de reflexión, se ve que la distimia es un trastorno que dificulta el día a día de las personas que lo padecen, ya que, aunque no se presenten cada día los síntomas, estos cuando se manifiestan hacen que las personas tengan más dificultades para llevar a cabo las actividades del día a día, y afrontar nuevas situaciones.

4.1.2 Síntomas

Los síntomas que caracterizan a la distimia o trastorno depresivo persistente, se han consultado tanto en el manual diagnóstico DSM-5 (2013), redactado por la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), redactado por la Organización Mundial de la Salud (2019), (OMS en adelante) para establecer una comparativa entre ambos manuales. Los criterios instaurados se pueden ver en la Tabla 1.

TABLA 1: sintomatología de la distimia

DSM-5	CIE-11
<p>A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de los que está ausente.</p> <p>B. Presencia, durante la depresión, de dos o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnía. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza. <p>C. Durante el periodo de dos años, la persona nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.</p> <p>D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco.</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente, la mayor parte del día, durante más días que no. 2. En niños y adolescentes, el estado de ánimo depresivo puede manifestarse como irritabilidad generalizada. 3. El estado de ánimo depresivo se acompaña de otros síntomas como interés o placer notablemente disminuidos en las actividades, concentración y atención reducidas o indecisión, autoestima baja o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza sobre el futuro, sueño perturbado o aumento del sueño, disminución o aumento del apetito, y energía baja o fatiga. 4. Durante los dos primeros años del trastorno, nunca ha habido un periodo de dos semanas durante el cual el número y la duración de los síntomas fueran suficientes para cumplir con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo.



<p>persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno específico o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.</p> <p>G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o otra afección médica.</p> <p>H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	<p>5. No hay antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.</p>
---	---

Elaboración propia (a partir del DSM-5 y CIE-11)

Los síntomas establecidos en la anterior tabla, resaltan que el estado de ánimo depresivo y la aparición de diferentes síntomas que agravan la patología, son los signos más representativos de este trastorno, por lo que en la propuesta de intervención que se elaborará se tendrán presentes.

A pesar de que ambas clasificaciones muestran varios síntomas en común con relación al trastorno distímico, existen algunas diferencias entre estos manuales diagnósticos. Una de ellas la muestra la CIE-11 (2019), la cual especifica cómo puede manifestarse este trastorno en niños y adolescentes. Por otro lado, el DSM-5 (2013) añade sintomatología que no se muestra en el CIE-11 (2019), como es que los síntomas que se presentan no se atribuyen a problemas físicos, y que los síntomas provocan malestar muy significativo en diferentes áreas.

4.1.3 Etiopatogenia

Para definir la etiopatogenia de la distimia, se hace imprescindible en primer lugar entender el significado de dicho término. Para ello el diccionario médico-biológico, histórico y etimológico



(2020), define este concepto de la siguiente manera: *Origen o causa del desarrollo de una patología.*

Según Moch (2011), las causas que producen la distimia son una mezcla entre lo físico, social y emocional. Sin embargo, Jiménez Maldonado, et al. (2013), sostienen que no hay una hipótesis concluyente al respecto, pero existen diferentes teorías que incluyen además de los aspectos físicos, emocionales y sociales, el punto de vista genético.

Por otro lado, Mayo Clinic (2018), establece de una forma más concreta las causas que pueden originar este trastorno. Pero cabe destacar que estas son hipótesis aún sin confirmar.

- a) **Diferencias biológicas:** en individuos con este trastorno puede haber formaciones físicas en el cerebro que provoquen esta patología. Estos cambios físicos, son aun inciertos, pero en un hipotético futuro, podrían ayudar a dar una explicación sobre el porqué se produce la distimia.
- b) **Química del cerebro:** se pueden encontrar diferentes estudios que resaltan la importancia de los cambios que producen los neurotransmisores en el funcionamiento del cerebro.
- c) **Rasgos heredados:** el aspecto genético puede ser un punto importante para padecer este trastorno. Además, se puede apreciar que, si algún familiar ha padecido esta patología, es más probable que los sucesores también la tengan. Este es uno de los principales motivos por los que se estudia la posibilidad de que exista un gen que transmita la distimia.
- d) **Acontecimientos de la vida:** los eventos traumáticos, cómo puede ser una gran pérdida económica, el fallecimiento de un ser querido, un acontecimiento negativo inesperado, pueden favorecer que la persona desarrolle el trastorno depresivo persistente.

4.1.4 Epidemiología

Para comprender y no confundir la epidemiología con la etiopatogenia, pasamos a definir dicho término. La OMS (2020), define epidemiología como una investigación sobre la disposición y frecuencia de diversos eventos que tienen una relación con la salud. Así pues, se entiende

epidemiología cómo una rama de la ciencia que se encarga de estudiar la prevalencia de una enfermedad.

Cardelle Pérez y Lorenzo Gómez (2009), indican que resulta complicado definir la prevalencia, pero que hay diferentes estudios que estiman que hay entre un 5-6% de población general padece este trastorno. Además, es más frecuente encontrar esta patología en mujeres solteras, jóvenes con bajos ingresos.

En el Instituto Nacional de Estadística (2014) (INE en adelante), se encuentra una encuesta de salud del 2014, que establece la prevalencia de otros cuadros depresivos entre hombres y mujeres. En primer lugar, se habla de los datos existentes con respecto a las mujeres (ver gráfico 1):

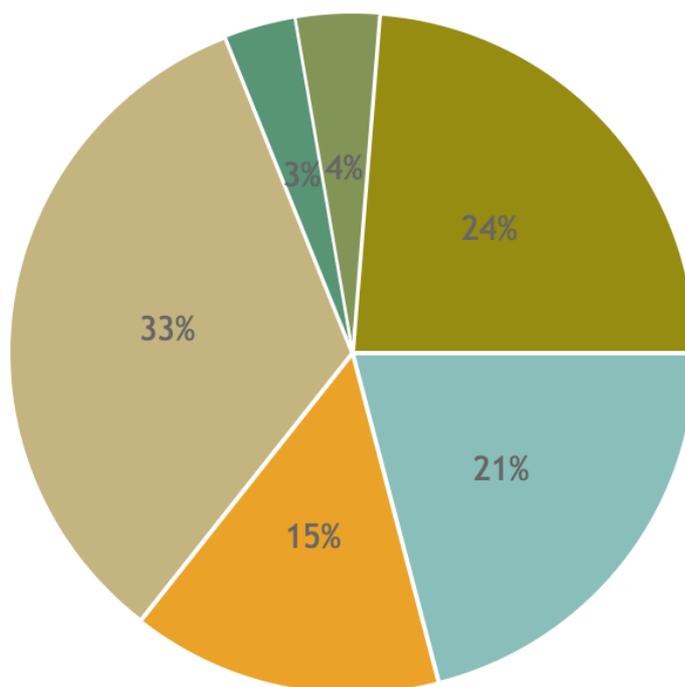


Gráfico 1: Epidemiología en mujeres con cuadros depresivos (INE, 2014).

A tenor de los datos expuestos en el gráfico 1, se aprecian las siguientes valoraciones:

- El 3% de las mujeres que se encuentran estudiando padecen este trastorno.
- El 4% de las mujeres que tienen una incapacidad para trabajar padecen este trastorno.
- El 15% de las mujeres que se encuentran en situación de desempleo padecen este trastorno.
- El 21% de las mujeres que se encuentran trabajando padecen este trastorno.

- e) El 24% de las mujeres que se dedican a labores domésticas padecen este trastorno.
- f) El 33% de las mujeres que se encuentra jubilada o prejubilada padecen este trastorno.

Analizando el gráfico 1, obtenida gracias a los datos del INE (2014), comprobamos que existe una mayor prevalencia de esta patología en mujeres que ya se encuentran jubiladas o prejubiladas.

A continuación, pasamos a analizar los mismos aspectos anteriores, pero esta vez dirigidos al sexo masculino (ver gráfico 2):

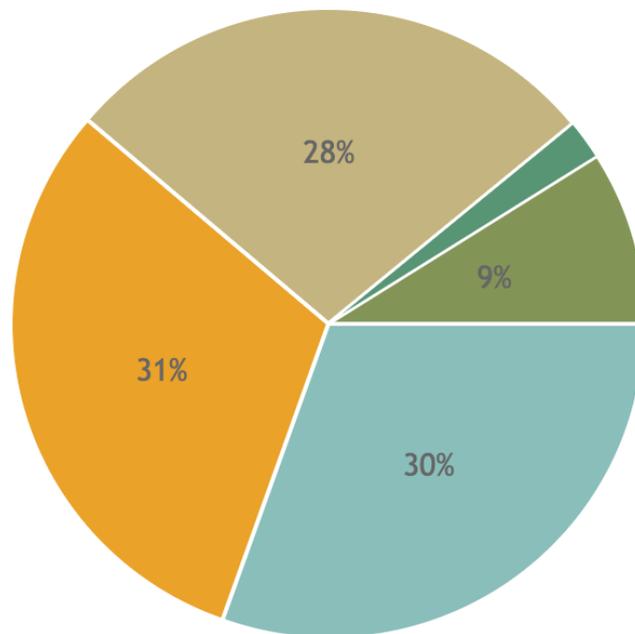


Gráfico 2: Epidemiología en hombres con cuadros depresivos (INE, 2014).

A tenor de los datos expuestos en el gráfico 2, se aprecian las siguientes valoraciones:

- a) El 2% de los hombres que se encuentran estudiando padecen este trastorno.
- b) El 9% de los hombres que poseen una incapacidad para trabajar padecen este trastorno.
- c) El 28% de los hombres que se encuentran jubilados o prejubilados padecen este trastorno.
- d) El 30% de los hombres que se encuentran trabajando padecen este trastorno.
- e) El 31% de los hombres que se encuentran en situación de desempleo padecen este trastorno.



Volviendo a analizar los datos que nos aporta el INE (2014), podemos comprobar que existe mayor prevalencia a padecer este trastorno entre los hombres que se encuentran sin trabajo. Cabe destacar que no existe o apenas es reseñable el porcentaje de hombres que padecen otros cuadros depresivos, y se encuentren realizando labores domésticas.

4.1.5 Comorbilidad

Según Lifshitz (2016, p. 61), la comorbilidad es *la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo*.

A la hora de delimitar las enfermedades o trastornos que coexisten con la distimia, Irastorza Eguskiza (2012) da a conocer que existe un alto porcentaje de comorbilidad en estos pacientes.

Este autor destaca lo siguiente:

- a) Entre un 21-83% de personas padecen también trastornos de conducta y/o trastorno desafiante oposicional.
- b) Entre un 36-40% de los individuos presentan un trastorno de ansiedad.
- c) Entre un 0-57% presentan un trastorno por déficit de atención.

Es destacable también que aproximadamente un 30% de las personas con distimia no tienen comorbilidad. Otro factor a resaltar, según Lifshitz (2016, p. 61), es que *los cambios de personalidad son más difíciles de detectar en este tipo de pacientes*.

Como se puede apreciar, no existe un trastorno o enfermedad en concreto que coexista con la distimia, sino que son numerosos y que, además, se pueden manifestar de diferentes formas, ya que cada persona es única e irrepetible.

4.1.6 Factores de riesgo

Para determinar los factores de riesgo que facilitan la aparición o empeoramiento de la distimia, la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en Adulto (2014), diferencia entre tres variables. El primero de ellos son los factores personales y sociales, el cual determina diferentes variables externas e internas que influyen en el desarrollo del trastorno, como puede ser el tener desventajas socioeconómicas o el género al que se pertenezca. La segunda de las variables son los factores cognitivos, en los que se definen los esquemas mentales que construye una persona que desarrolla un trastorno distímico. La última de las variables son los factores familiares y genéticos, los cuales también contribuyen a desarrollar esta problemática, ya que

la genética y la relación que se haya tenido o se tenga con los familiares contribuye en gran medida al aumento de los síntomas propios de este trastorno. A continuación, se detallan más las características de estas variables.

a) Factores personales y sociales

Según la World Federation for Mental Health (2012), en todo el mundo existen algunas variables que hacen que ciertas personas sean más proclives a sufrir distimia. Estos factores son los siguientes:

- i. El género. Según diferentes estudios es dos o tres veces más común desarrollar esta patología en mujeres.
- ii. Desventajas económicas.
- iii. Desventajas sociales, como por ejemplo una baja educación.
- iv. Encontrarse separado o divorciado.
- v. Otras enfermedades crónicas.

b) Factores cognitivos

Para poder describir los factores cognitivos que intervienen en la aparición de este trastorno depresivo, Gómez Truyol (2017, p. 60) habla sobre el *modelo cognitivo de Beck*. Dicho modelo según Gómez Truyol (2017) está compuesto por tres términos que ayudan a explicar dicho trastorno:

- i. Tríada cognitiva: para entender este concepto, Lozano, et al. (2016) describen que la tríada cognitiva está compuesta por tres juicios negativos que posee la persona, y que se repiten en el tiempo, los cuales contribuyen a que el usuario perciba el mundo de manera distorsionada. Según estos mismos autores, estos juicios son los siguientes:
 1. Tendencia a pensar que las experiencias desagradables vienen provocadas por algún defecto personal, pudiendo ser este psicológico, moral o físico.
 2. Interpretan que el mundo les exige actividades desmesuradas o con impedimentos insuperables, para llegar a la meta deseada.
 3. Prevén que sus obstáculos y su malestar actual permanecerán en el futuroSe puede apreciar que los tres juicios que posee la persona, es decir, el juicio negativo de sí mismo/a, la percepción de que el mundo es un lugar hostil y las dificultades que



va a ver en el futuro, hace que la persona con un trastorno distímico perciba la realidad de una manera distorsionada o inexacta. En resumen, son una serie de pensamientos que se retroalimentan unos con otros, facilitando el desarrollo de pensamientos distorsionados.

- ii. Los esquemas: García Allen (s.f.) afirma que *los esquemas son construcciones mentales subjetivas, más o menos estables, que actúan como filtros a la hora de percibir el mundo*. Estos esquemas son originados por experiencias previas de aprendizaje y estos se pueden activar en eventos significativos que se presenten en la vida. Gómez Truyol (2017, p. 62) afirma que cuando estos esquemas se activan se puede limitar *la forma de interpretar y responder de una persona ante una situación específica*.
- iii. Los errores cognitivos: según la Clínica Universidad de Navarra (s.f.) este término acuñado dentro de la teoría cognitiva de Beck como distorsiones cognitivas, hace alusión a que se produce un error sistemático a la hora de tratar la información que se recibe del entorno, haciendo que esta se transforme en *pensamientos e ideas disfuncionales*. Según Olivares Rodríguez, J. y Méndez Carrillo, F. (2014) existen trece distorsiones cognitivas, las cuales son:
 1. Inferencia arbitraria: en esta se tiende a unas interpretaciones que no corresponden con la realidad, cuando estas deducciones deberían ser neutras o justo lo contrarias a lo que se piensa.
 2. Lector de mentes: es un tipo de inferencia arbitraria, y consiste en extraer unas conclusiones, sin tener pruebas objetivas, que deducen que la persona o personas con las que se está interactuando están reaccionando de manera negativa ante nosotros.
 3. Error del adivino: al igual que la anterior es un tipo de inferencia arbitraria, y trata de anteponer que cualquier cosa que se haga va a dar un resultado negativo, y que esta es una predicción que se va a cumplir en el futuro, sin posibilidad de que esta pueda ser modificada.
 4. Personalización: en esta la persona se atribuye que diferentes manifestaciones externas que ocurren a su alrededor, son provocadas por las actuaciones que lleva a cabo la persona, sin que existan evidencias suficientes de que esto sea así.



5. Abstracción selectiva: la persona capta solo la información negativa que recibe del ambiente.
6. Sobregeneralización: en esta el individuo emplea una conclusión, que bien podría usarse en un momento específico, a toda clase de experiencias, basándose en las similitudes entre ellas.
7. Magnificación: esta provoca que la persona preste una atención excesiva y exagere la importancia de los aspectos negativos, que se obtienen de una experiencia.
8. Minimización: provoca que la persona infravalore la importancia de una experiencia positiva.
9. Pensamiento dicotómico: en esta se clasifican las cualidades personales empleando categorías extremas (malo o bueno, listo o tonto, ...).
10. Razonamiento emocional: con esta la persona se define en base a las emociones negativas que siente, por ejemplo, si se siente que es una persona tonta es porque es una persona tonta. Es importante saber que se necesitan evidencias objetivas para poder definirse de una manera u otra, no es suficiente sentirlo únicamente.
11. Descalificación de lo positivo: en esta se rehúsan las vivencias positivas, repitiendo en múltiples ocasiones las razones por las que no se le debe dar importancia a la experiencia.
12. Afirmaciones “Debería ...”: emplear de un modo muy rígido diferentes reglas sobre las obligaciones que se deben hacer.
13. Externalización de la propia valía: por último, en esta la persona subestima su papel en aquellas cosas o situaciones que le otorgan un valor positivo.

Por último, cabe destacar *Barringa, Landau, Stinson, Liau y Gibbs (2000)*, citado en Peña Fernández y Andreu Rodríguez (2012, p. 87), clasificaron las distorsiones cognitivas en dos tipos, *distorsiones auto-sirvientes* y *distorsiones auto-humillantes*.

i. Distorsiones cognitivas auto-sirvientes

Para poder entender las distorsiones cognitivas auto-sirvientes, se describen diferentes hallazgos empíricos llevados a cabo por diversos autores.

- a) Rojas Zegarra (2013): Las distorsiones cognitivas auto-sirvientes dan la oportunidad a las personas de llevar a término actos delictivos o antisociales. Estos comportamientos



son llevados a cabo para que el individuo que comete dichas acciones, pueda auto-exculparse cuando sobrepasa algunas normas morales y/o sociales.

- b) Blount (2012): Las personas que mostraron altos niveles de distorsión cognitiva de auto-servicio dieron niveles más altos de comportamiento antisocial. Además de este comportamiento antisocial, las personas con distorsión cognitiva de auto-servicio también muestran diferentes comportamientos agresivos.
- c) Koolen, et al. (2011): Las distorsiones auto-sirvientes facilitan que existan agresiones proactivas y reactivas. Los hallazgos observados, demuestran que la agresión proactiva es provocada por una distorsión cognitiva auto-sirviente egocéntrica, mientras que la agresión reactiva está incitada por una mala autorregulación y tendencia a culpar a los demás.

Gibbs et al. (1995), citado en Roncero, et al. (2016, p. 96), incluyeron este concepto para referirse a un grupo concreto de representaciones mentales erróneas o inexactas específicamente asociadas con las conductas agresivas y antisociales. Además, Roncero, et al. (2016, p. 96) hablan de que estas distorsiones cognitivas tienen como función intentar eliminar la culpa de la persona que ha cometido dicho acto, además de protegerlo de obtener una auto-imagen peyorativa.

ii. Distorsiones cognitivas auto-humillantes

Según Mate Lordén (2018, p. 81), las distorsiones cognitivas auto-humillantes están dirigidas a degradar la imagen de uno mismo, de manera directa o indirecta. Son formas sesgadas de interpretar la experiencia que tienen consecuencias negativas en el autoconcepto y autoestima de la persona.

Roncero, et al. (2016, p. 96) hablan de que la distorsión cognitiva auto-humillante es lo contrario a la distorsión cognitiva auto-sirviente, es decir, si las distorsiones cognitivas auto-sirvientes tienen una función auto-protectora, las distorsiones cognitivas auto-humillantes actúan, por el contrario, internalizando la culpa, devaluando la propia auto-imagen y fomentando actitudes dañinas para uno mismo.

c) Factores familiares y genéticos

Según la World Federation for Mental Health (2012) la genética es un factor importante a la hora de desarrollar esta patología. Cabe decir que si existiera algún familiar directo que posea el trastorno, existen dos o tres veces más posibilidades de desarrollar la patología mencionada. Huamán Melendres (2019), clasifica las siguientes variables familiares para poder entender con mayor claridad que factores pueden favorecer la aparición de el trastorno depresivo persistente. Estas son:

- a) La relación existente con los padres, si esta es o no armónica.
- b) Familiar con intento de suicidio o suicidio consumado.
- c) Antecedente de familiar con diagnóstico de trastorno de depresión mayor, distimia u otro trastorno mental.

4.1.7 Complicaciones del trastorno distímico

El padecer el trastorno depresivo persistente o distimia hace más proclive el desarrollar otras complicaciones, las cuales también influirán en la vida de las personas que lo sufran. Según Mayo Clinic (2018) las complicaciones que se pueden manifestar en este colectivo son las siguientes:

- a) Tener una mala calidad de vida, ya que la presencia de la sintomatología, anteriormente citada, provoca que la persona no pueda realizar, por ejemplo, su actividad laboral de manera satisfactoria, no tenga energía para desarrollar actividades en su tiempo libre y afrontar situaciones adversas.
- b) Desarrollar una depresión mayor, trastornos de ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, que agraven la patología de base.
- c) Abuso de sustancias, con el fin de evitar la realidad y que no se desarrolle la sintomatología.
- d) Meterse en relaciones difíciles o tóxicas e incrementar las posibilidades de conflictos familiares.
- e) Dificultades en la escuela y el trabajo, así como una considerable reducción en la productividad, ya que la distimia provoca una falta de energía que dificulta desarrollar las tareas encomendadas en el colegio o trabajo.
- f) Dolor crónico y enfermedades en general, debido a que el padecer una enfermedad mental hace más proclive desarrollar enfermedades tanto físicas como psíquicas.



- g) Pensamientos o comportamientos suicidas, que tienen como fin, no poner fin a la vida, si no poner fin al sufrimiento.
- h) Desarrollar trastornos de personalidad y otros trastornos de salud mental.

4.1.8 El perfil de las personas con distimia

El perfil que presenten las personas con distimia, es un factor clave a la hora de abarcar una intervención psicopedagógica, ya que cada acción que se lleve a cabo debe estar adaptada. Cabe decir que aquí se plasmarán las características más comunes que posee este colectivo, sin embargo, cada persona es diferente y por lo tanto se tendrá en cuenta cada aspecto relevante de estas personas, para poder llevar a cabo una intervención de calidad.

Según Gallardo Moreno, et al. (2013) el trastorno distímico está subdiagnosticado, debido a que este no aparece de manera repentina, si no que por el contrario se va desarrollando progresivamente, lo que a largo plazo provoca que esa persona sea etiquetada como una persona de ánimo deprimido, y esta clasificación se tome como *parte normal de su personalidad* (Gallardo Moreno, et al., 2013, p. 217). Por consiguiente, al no ser diagnosticado este colectivo no va en búsqueda de un tratamiento que le permita mejorar su calidad de vida.

Gallardo Moreno, et al. (2013), destaca que los usuarios con diagnóstico de distimia tienen una considerable limitación funcional, debido a que la sintomatología que padecen obstaculiza un desarrollo adecuado de sus acciones sociales y su desempeño laboral o escolar. Cabe destacar que, debido a los múltiples síntomas, estas personas no se ven capaces de conservar un puesto laboral, aunque esta situación también puede deberse a las dificultades cognitivas que esta patología tiene asociada.

Estas dificultades cognitivas, tal y como argumentan Gallardo Moreno, et al. (2013), dificultan a las personas con distimia a desempeñar acciones que requieran de atención y memoria de trabajo. Además, este colectivo evidencia acentuadas dificultades en flexibilidad cognitiva. Dicha flexibilidad cognitiva la define Escudero (2018), como una habilidad que posee el cerebro, la cual permite la adaptación de el comportamiento, la conducta y el pensamiento ante momentos cambiantes, novedosos e inesperados.



Gurrola Peña, et al. (2012), indica que esta patología suele tener sus inicios en la edad adulta temprana. Además, en este mismo artículo se habla de las principales peculiaridades que presenta la persona con distimia, y estas son:

- a) Estado de ánimo habitualmente triste o decaído.
- b) Introversas.
- c) Melancólicas.
- d) Incapaces de experimentar alegría.
- e) Se muestran intranquilos por su insuficiencia personal.

Es destacable que las circunstancias físicas y sociales son responsables en parte de que las personas con distimia sufran las características anteriormente descritas. Sin embargo, el sentido de identidad que tiene uno mismo juega un papel muy importante. Es por esto que la construcción del sí mismo cobra gran repercusión para la comprensión de los trastornos psicológicos. Así pues, se muestra una diferenciación, de los patrones que permiten definir la construcción del sí mismo (Gurrola Peña, et al., 2012):

- a) Diferenciación entre el yo y el ideal: esta se define como la distancia que la persona observa entre lo que es y lo que le gustaría llegar a ser. En este sentido, es donde se refleja la autoestima, y en el caso de las personas con este trastorno se evidencia una baja autoestima.
- b) Diferenciación entre el yo y los otros: esta implica un procesamiento de la información sobre los demás para producirse una auto comparación, es decir, en esta construcción del sí mismo la persona se compara con otro sujeto o grupo. En esta conceptualización, las personas con distimia muestran una mayor diferenciación entre el yo y los otros. Dada esta circunstancia, el sujeto muestra claras evidencias de aislamiento social.
- c) Diferenciación entre el ideal y los otros: es una señal de adecuación percibida de los otros. Este colectivo suele mostrar una correlación negativa, lo que muestra un descontento entre el sujeto y las personas que tiene a su alrededor.



4.1.9 Subtipos de distimia

Se hace de especial relevancia, hablar sobre los subtipos de distimia existentes. Jiménez Maldonado et al. (2013) y la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013), establecen la siguiente clasificación:

- a) **Distimia de inicio temprano:** esta se produce antes de los 21 años de edad. Si se muestra antes de la edad indicada, es posible que aparezca otra sintomatología añadida como podría ser un trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y enuresis o encopresis. Si el trastorno da comienzo en la infancia o adolescencia, es posible que este avance hasta la edad adulta, lo que provoca que la persona tenga una visión más pesimista del mundo, además de poseer una escasa conciencia del estado de ánimo normal, lo que reporta unas consecuencias a largo plazo, tales como tener pensamientos negativos continuos y poseer una baja autoestima.

- b) **Distimia de inicio tardío:** esta se produce después de los 21 años de edad. A partir de esta edad, los síntomas anteriormente descritos en la distimia de inicio temprano, son menos evidentes o inexistentes. Sin embargo, presentan más síntomas vegetativos, los cuales son trastornos del sueño, del apetito, cambios de peso y cansancio o fatiga (Ministerio de Sanidad, s.f.).

4.2 LA RESILIENCIA

Una vez elaborado el marco teórico sobre la distimia, trastorno al que está destinada la propuesta de intervención psicopedagógica que más adelante se expone, se describe el aspecto o habilidad que se va a trabajar, en este caso la resiliencia. Para ello, se aporta una definición sobre este concepto, y se clasifican los modelos existentes.

4.2.1 Conceptualización

Según la Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible (2018), (DGPOLDES en adelante), la resiliencia tuvo su primera conceptualización en el campo de la ingeniería, estando relacionado con los términos de elasticidad y resistencia en el siglo XIX. La definición viene dada por la capacidad que tienen los sistemas para resistir cambios abruptos, es decir, es la habilidad de mantener la estabilidad en un sistema a pesar de las transformaciones bruscas. Cabe destacar que, partiendo de esta conceptualización, la cual se denomina *resiliencia*

ingeniería (DGPOLDES, 2018, p.26), la finalidad última de esta capacidad es recuperar en un periodo lo más breve posible de tiempo, los niveles de funcionalidad semejantes al momento pre-crisis (elasticidad).

En la actualidad el concepto resiliencia se entiende como la *capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos* (Real Academia Española, s.f.).

Según Oriol Bosch (2012), la resiliencia es un concepto de carácter positivo, que distingue los mecanismos para afrontar con éxito los contratiempos y/o las adversidades que se puedan originar en un determinado momento y que, además, refuerza a las personas que lo ponen en práctica.

Otra definición, la aportan Monroy Cortés y Palacios Cruz (2011), quienes afirman que esta capacidad da la posibilidad a las personas de adaptarse a experiencias estresantes que resultan negativas.

Como se puede apreciar, existen numerosos autores que dan una conceptualización al término resiliencia. Se puede concluir que la resiliencia es una capacidad que contribuye a que las personas puedan afrontar diferentes adversidades consiguiendo volver al estado emocional inicial, y obteniendo un refuerzo o aprendizaje que contribuye a afrontar situaciones adversas futuras, con mayor facilidad.

En resumen, cuando una persona se enfrenta a una situación contraria o difícil, dependiendo de lo desarrollada que tenga esta habilidad, esta puede percibirla como un momento traumático o bien como una experiencia de la que sacar un aprendizaje.

4.2.2 Modelos de resiliencia

Puig y Rubio (2013) describen tres modelos de resiliencia, que permiten el entendimiento sobre el procedimiento que sigue un individuo para hacer frente a situaciones adversas y qué resultado obtienen de cada una de ellas. Además, permite ver con mayor claridad en que punto del desarrollo de la resiliencia se encuentra cada individuo e incluso cómo han creado o no esa capacidad resiliente, partiendo de la base del núcleo familiar. Con estas aclaraciones, se pueden crear diferentes acciones, que se plasmarán en la propuesta de intervención, encaminadas a



desarrollar esta capacidad. Una vez entendida la relevancia de este apartado, se mencionan los modelos existentes:

- a) Modelos descriptivos o explicativos.**
- b) Modelos de aplicación.**
- c) Modelos mixtos.**

a) Modelos descriptivos o explicativos

Con este modelo se explica de manera sencilla el procedimiento por el cual las personas se enfrentan a las adversidades. Este modelo se basa en la hipótesis *de que la resiliencia es una respuesta posible, común y constatable* (Puig y Rubio 2013, p.255). En este se suele relatar el proceso basándose en diferentes mecanismos internos y/o externos que posea el sujeto antes o durante el momento adverso.

Dentro de este modelo, encontramos cinco subtipos que nos permiten entender mejor lo que estudia el modelo descriptivo o explicativo. Estos son:

- i. Modelo de Richardson.
- ii. Modelo de la Casita Vanistendael.
- iii. Modelo de las verbalizaciones Grotberg.
- iv. Modelo Mandalas de Resiliencia Wolin.
- v. Modelo de Resiliencia Comunitaria Suárez.

i. Modelo de Richardson

Este modelo creado por Richardson, Neiger, Jenson y Kumpfer en 1990, trata de describir los procesos por los que un individuo puede llegar a pasar cuando sufre un contratiempo.

Puig y Rubio (2013) explican este modelo, el cual describe que en el momento en el que se produce el contratiempo o adversidad, esta se ve mitigada, en un principio, por los recursos internos o factores de protección y los recursos ambientales que el individuo posee. De este modo si la persona tiene las fortalezas necesarias, podrá ser capaz de adaptarse sin dificultad a la situación problemática y, además, no deberá aguantar una ruptura significativa, ya que desde los factores de protección se dirigirá a la reintegración con resiliencia. Por el contrario, si el sujeto tiene unos recursos insuficientes en la situación adversa, el individuo se encontrará en

un punto de ruptura, es decir, los mecanismos que posee no serán suficientes para afrontar la situación debido a que esta le desborda. Para superar esta ruptura, se necesitará una reintegración, en la que serán imprescindibles los recursos internos y ambientales que posea, ya que dependiendo de estos se producirá una reintegración u otra. A continuación, se exponen los tipos de reintegración existentes:

- a) **Reintegración disfuncional:** esta presenta una conducta más desadaptativa, ya que fomenta el consumo de drogas o alcohol y lleva a la persona a realizar conductas de riesgo, etc.
- b) **Reintegración con pérdida:** esta al igual que la anterior fomenta una conducta más desadaptativa, porque facilita la pérdida de autoestima, se promueven conductas de evitación, etc.
- c) **Reintegración a la zona de bienestar:** considera el regreso al equilibrio o al instante anterior al momento adverso.
- d) **Reintegración con resiliencia:** con esta se consigue un aprendizaje positivo, el cual se obtiene de la superación del momento de enfrentamiento. En este el sujeto obtiene un crecimiento personal con respecto al instante anterior al momento adverso. En este a diferencia de la anterior reintegración, la persona no vuelve al estado anterior a la situación adversa, ya que esta le ha hecho crecer como persona (ver figura 1).

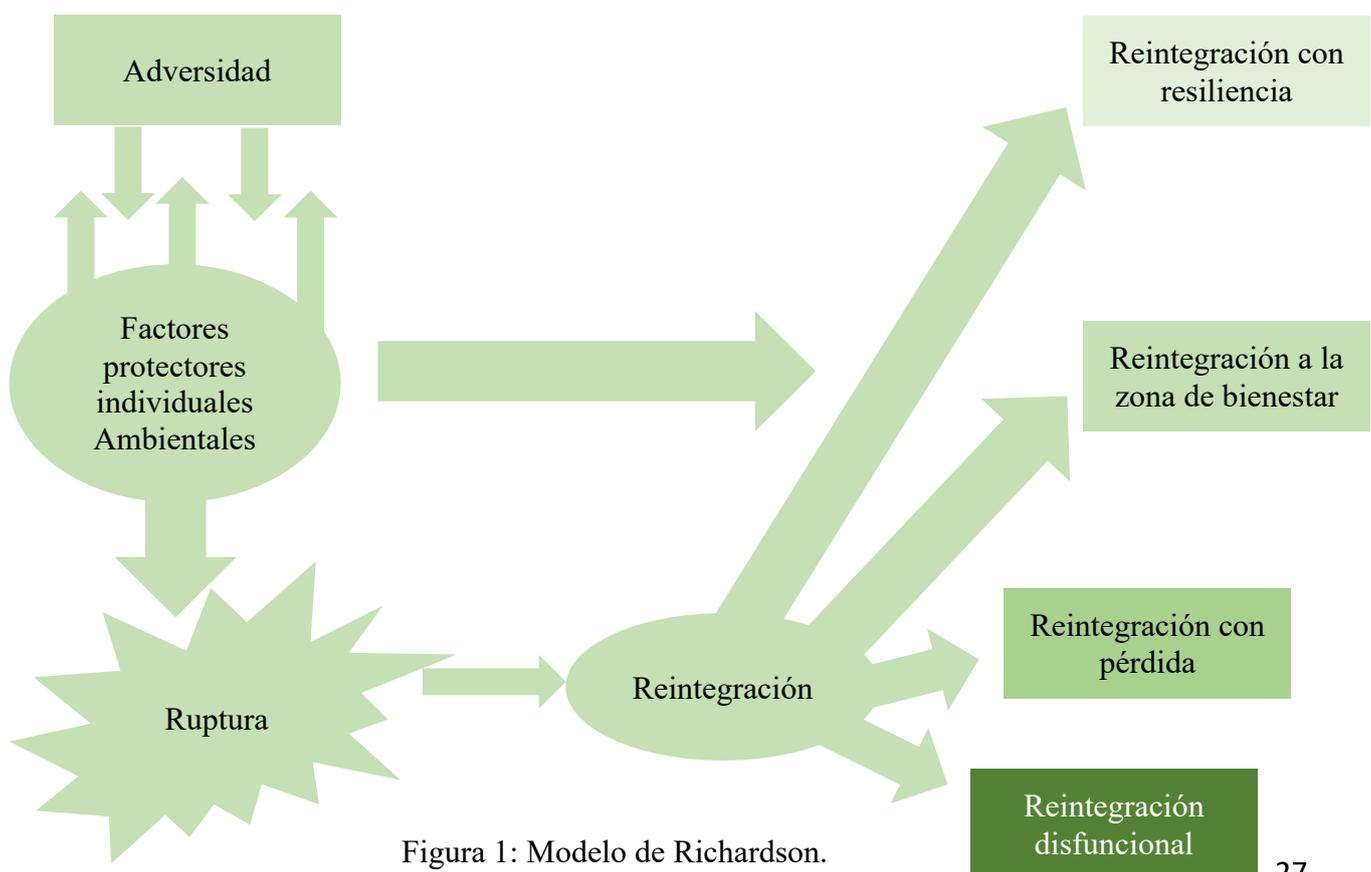


Figura 1: Modelo de Richardson.
Tomado de Puig y Rubio (2013)



ii. Modelo de la Casita o de Vanistendael

Puig y Rubio (2013), explican este modelo descriptivo, elaborado por Stefan Vanistendael. Para su definición se habla metafóricamente de la construcción de una casa. Vanistendael valora que cada una de las plantas de una vivienda simboliza un componente potencial para la construcción de la resiliencia. Para ello a continuación, se explican los “materiales” de los que se compone cada planta de la vivienda:

- a) **Cimientos:** son las necesidades materiales básicas que todo individuo necesita, y sin las cuales es imposible la construcción de las plantas superiores. Algunos de estos materiales básicos son la comida, salud, hogar, etc.
- b) **Subsuelo:** esta planta la compone la confianza básica, la cual se obtiene en base a las experiencias tempranas vividas, en las que se crea un vínculo seguro y afectivo. Los componentes que se requieren para consolidar la construcción de la resiliencia son todos los que se crean a partir de las relaciones afectivas que posee el individuo (familia, amigos, trabajo, escuela, ...). Vanistendael, citado en Puig y Rubio (2013, p. 250), afirma que esta planta supone *la aceptación del otro, el creo en ti*.
- c) **Planta baja/ primer piso:** para Vanistendael, esta fase implica traspasar del por qué al para qué. Es aquí donde es imprescindible encontrar componentes que den sentido a la vida.
- d) **Segundo piso:** aquí hallamos aspectos de suma importancia en el proceso de la resiliencia, los cuales son el desarrollo de aptitudes personales (profesionales y sociales) y el sentido del humor, el cual es una herramienta clave. Ambos aspectos colaboran en el fortalecimiento de la autoestima.
- e) **Desván:** supone una apertura a nuevas experiencias, las cuales favorecen la incorporación de diversos elementos que, dependiendo de las circunstancias que se le planteen al individuo, pueden ayudar en la construcción de la resiliencia. Así pues, esta parte de la casa no hace si no más que fortalecer la resiliencia, lo que puede contribuir a que el sujeto adquiera nuevos aprendizajes de las experiencias vividas, pudiendo llegar a ser estas de gran utilidad para la persona, ya que le aportará herramientas nuevas para enfrentarse a cualquier circunstancia.

iii. Modelo de las Fue

Este modelo fue creado por Grotberg la cual, según Villalobos Pérez, et al. (2018), identifica factores en el individuo que le posibilitan enfrentarse a la adversidad. Estos los clasificó de tal



forma que el sujeto sea capaz de verbalizar fácilmente tres expresiones: *Yo tengo*, *Yo soy*-*Yo estoy* y *Yo puedo*. En este modelo los factores resilientes que se emplean son ocho, y estos son:

- a) **Empatía:** este factor se consigue cuando mezclamos la escucha activa a nivel intelectual, la comprensión a nivel emocional y la asertividad a nivel conductual.
- b) **Iniciativa:** supone una predisposición a actuar de manera proactiva y no solo razonar lo que se debe llevar a cabo en un futuro. Conlleva marcar el rumbo mediante diferentes acciones concretas.
- c) **Autonomía:** se podría decir que es la capacidad que debe poseer un individuo para tomar sus propias decisiones.
- d) **Optimismo:** es un factor que favorece que, ante las circunstancias adversas, estas se puedan enfrentar con perseverancia, pudiendo así conseguir aprender de las circunstancias.
- e) **Altruismo:** es una conducta de ayuda que en ocasiones puede cobrarse un precio muy alto, por el cual se muestra interés por una persona allegada y se lleva a cabo una determinada acción sin esperar recibir nada a cambio.
- f) **Comunicación:** reciprocidad de distintos puntos de vista entre dos o más personas de una manera empática y clara.
- g) **Autoestima:** esta es una necesidad básica en la que se demuestra el respeto y la confianza en si mismo. Se considera básica, ya que el ser humano necesita ser valorado aceptado y reconocido por sus iguales. El no tener cada una de las anteriores necesidades cubiertas, puede favorecer tener un sentimiento de inferioridad.
- h) **Confianza:** es un sentimiento instintivo, en el que existe una creencia incuestionable en alguien o algo.

iv. Modelo Mandalas de Resiliencia

Puig y Rubio (2013, p. 53) hablan sobre este modelo elaborado por Wolin & Wolin, los cuales comentan que se debe *reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad*. Para comprender mejor este modelo, Rodríguez Suárez (2017), nos habla sobre las siete resiliencias o factores protectores que Wolin & Wolin crearon. A continuación, se muestran las siete resiliencias que nos aporta la autora Rodríguez Suárez (2017), con las definiciones obtenidas del libro de Puig y Rubio (2013):



- a) **Introspección:** es la *capacidad para observar y observarse a uno mismo simultáneamente. Para hacerse preguntas difíciles y darse respuestas honestas* (Puig y Rubio, 2013, p. 108). La introspección durante la edad adulta, se muestra como la comprensión hacia si mismo y hacia las demás personas, aceptando las dificultades y no culpándose a sí mismo ni a los demás.
- b) **Independencia:** es la *capacidad para fijar los propios límites en relación con un medio problemático, para mantener distancia física y emocional con respecto al problema, sin llegar al aislamiento* (Puig y Rubio, 2013, p. 107). En la edad adulta, este tipo de resiliencia se puede apreciar si la persona es capaz de vivir de forma autónoma y tomar sus propias decisiones.
- c) **Capacidad para relacionarse:** es la *capacidad para crear vínculos íntimos y fuertes con otras personas* (Puig y Rubio, 2013, p. 104). En la edad adulta, esta resiliencia se muestra si existe una valoración hacia los vínculos interpersonales y la intimidad.
- d) **Iniciativa:** es la *tendencia a exigirse a uno mismo y a ponerse a prueba en situaciones cada vez más exigentes* (Puig y Rubio, 2013, p. 105). En la edad adulta, se puede apreciar si participan en diferentes proyectos, si se muestran sentimientos de autorrealización, si poseen capacidad de liderazgo y/o si se enfrentan a nuevos desafíos.
- e) **Humor:** es *encontrar lo cómico en la propia tragedia. Capacidad para ver lo absurdo en los problemas y dolores propios* (Puig y Rubio, 2013, p. 106). En la edad adulta, se le reconoce por la apariencia lúdica, alegre y divertida.
- f) **Creatividad:** es la *Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y desorden* (Puig y Rubio, 2013, p. 105). En la adultez, son aquellos individuos que pueden componer, construir y reconstruir.
- g) **Moralidad:** *Abarca dos variables fundamentales: la capacidad de desearles a otros el mismo bien que se desea a uno mismo, y al mismo tiempo comprometerse con valores específicos* (Puig y Rubio, 2013, p. 107). En la edad adulta, se da a conocer como la disposición de servicio y de ayuda a los demás.

Rodríguez Suárez (2017), señala que no todas las personas deben tener la misma dimensión de desarrollo en cada uno de estos factores de protección.

v. **Modelo de Resiliencia Comunitaria**

Según Puig y Rubio (2013), este modelo fue elaborado por Suárez Ojeda, el cual establece cinco pilares de resiliencia comunitarios, los cuales crean entornos que fomentan el desarrollo de la resiliencia. Estos son:

- a) **Identidad cultural:** este supone poseer costumbres, valores, danzas, ...
- b) **Humor social:** se considera que es la disposición de algunos grupos de hallar comedia en actos trágicos.
- c) **Honestidad estatal:** este pilar valora la conciencia social, por lo que la deshonestidad debe ser castigada y la honestidad premiada.
- d) **Autoestima colectiva:** se podría describir como un sentimiento de orgullo por el lugar en el que se vive.
- e) **Solidaridad:** se considera como un fin común a todos.

Suárez Ojeda, et al. (2007), citado en Uriarte Arciniega (2010, p. 687), señala que definió la resiliencia comunitaria como *la condición colectiva para sobreponerse a desastres y situaciones de adversidad y construir sobre ellas*. Se sabe que existen comunidades que crecen ante las adversidades, es decir, son capaces de superar las adversidades. Sin embargo, hay comunidades que ante situaciones adversas muestran sentimientos de desesperación y abatimiento. Estas diferencias tienen su explicación por las distinciones en el ámbito social, cultural, de las relaciones grupales previas o condiciones sociopolíticas diferentes.

b) Modelos de trabajo o aplicación

Este modelo idea propuestas sistematizadas, para la búsqueda de la generación de la resiliencia individual o grupal, en diferentes contextos de intervención. (Puig, y Rubio, 2013)

En este modelo, no se pueden explicar todas las aplicaciones o proyectos que se llevan a cabo para desarrollar la resiliencia, ya que existen miles de ellos, debido a que cada uno de ellos estudia o trabaja la resiliencia con diferentes colectivos.

c) Modelos mixtos

Este modelo describe el proceso de la resiliencia y crean alternativas para su obtención. Este modelo coge como referencia un modelo explicativo o por el contrario elabora uno propio. A



partir de este modelo descriptivo nos enseñan una aplicación, continuando con las peculiaridades de los modelos de aplicación. Dentro de este tipo de modelo, encontramos el Modelo de Henderson y Milstein.

a) Modelo de Henderson y Milstein

Este modelo, según Puig y Rubio (2013, p. 261), se fundamenta principalmente en el modelo creado por Richardson. Según García Arranz (2016) la aplicación de este modelo, tiene como fin promover la resiliencia a partir de seis pasos. Los tres primeros pretenden reducir el riesgo que puede aparecer en el ambiente, por ello es necesario mejorar los vínculos interpersonales, tener unos límites claros y enseñar habilidades para la vida.

Los tres siguientes pasos, tienen como principal fin dar las herramientas necesarias para la construcción de la resiliencia. Para esto es necesario otorgar apoyo y afecto, instaurar expectativas elevadas, reales y coherentes y dar la oportunidad de colaborar y aportar ideas a la comunidad.

Según Puig y Rubio (2013, p. 262), este modelo trabaja a tres niveles, procurando en cada uno de ellos desarrollar la resiliencia. Estos son:

- 1.- El nivel del alumnado o de los usuarios.
- 2.- El nivel de los docentes o de los profesionales.
- 3.- El nivel institucional o de la organización que acoge a profesionales y usuarios.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 INTRODUCCIÓN

La propuesta de intervención se va a basar en el marco teórico, anteriormente descrito. Es por ello que, para trabajar la resiliencia en personas con distimia, la propuesta se fundamentará en varios de los modelos de resiliencia. El propósito de esta intervención es conseguir crear un programa abierto y flexible, que permita adaptarse a las características que tenga un individuo con este trastorno. Es por ello, que esta propuesta debe interpretarse como una guía y no como un proceso cerrado e inflexible.

Esta propuesta de intervención psicopedagógica, pretende desarrollar la reintegración con resiliencia, explicada por Puig y Rubio (2013) dentro del modelo de Richardson. Para ello se tendrá en cuenta el modelo de las verbalizaciones, el cual permite conocer los factores que ayudan a enfrentarse a las adversidades.

Este programa está destinado, principalmente, a trabajar los factores cognitivos que aparecen en el trastorno distímico, trabajando para ello la tríada cognitiva, los esquemas que tiene formado el individuo y las distorsiones cognitivas.

5.2 DESTINATARIAS

La población a la que va dirigida esta propuesta, se centra en mujeres de entre 19 y 21 años de edad que desarrollaron una distimia de inicio temprano. El motivo por el cual se trabaja con esta población, es que es más frecuente desarrollar esta patología en mujeres jóvenes, solteras y con bajos ingresos, tal y como se ha descrito anteriormente.

El perfil que presenta este colectivo puede ser muy variado, dado que la percepción que se pueda tener de uno mismo, del mundo o del futuro puede ser diferentes, dependiendo de las experiencias previas experimentadas.

La propuesta está dirigida a un grupo reducido de personas que acuden a la *Asociación pro salud mental de Burgos* (PROSAME). Esta entidad tiene como principal fin trabajar para mejorar la calidad de vida en personas que padecen alguna enfermedad mental en la ciudad de Burgos. Además, en el área de promoción de la autonomía personal e inclusión social, se



impulsa la autonomía personal mediante intervenciones grupales e individuales. Esto es debido a que, los individuos que presentan alguna enfermedad mental, como es el trastorno depresivo persistente, poseen una serie de necesidades específicas que precisan de diferentes tipos de apoyos que les permitan mejorar diferentes habilidades, siendo una de estas la resiliencia.

5.3 OBJETIVOS

5.3.1 Objetivo general

1. Desarrollar la resiliencia en mujeres con edades comprendidas entre los 19 y 21 años de edad, que tengan un diagnóstico de trastorno depresivo persistente.

5.3.2 Objetivos específicos

1. Desarrollar una visión más positiva del mundo, de sí misma y del futuro.
2. Mejorar la propia flexibilidad cognitiva.
3. Incrementar la competencia de los ocho factores resilientes del modelo de las verbalizaciones, los cuales son: empatía, iniciativa, autonomía, optimismo, altruismo, comunicación, autoestima y confianza.
4. Incrementar las propias posibilidades con respecto al desarrollo de la reintegración con resiliencia.

5.4 CONTENIDOS

Los contenidos que se trabajan en esta propuesta de intervención, tienen en cuenta las características que presentan las personas con un trastorno distímico, adaptándolas estas a sus necesidades. Cabe destacar que los ocho factores resilientes, descritos por Villalobos Pérez, et al. (2018) dentro del modelo de las verbalizaciones, se trabajan con la ayuda de los siguientes contenidos:

- a) **El autoconcepto:** este trabaja el yo soy-yo estoy, y es a partir de este concepto que se van a desarrollar diferentes actividades que trabajen la subida de la autoestima de la persona con trastorno depresivo persistente, trabajando por ende la confianza y el respeto a si mismo.
- b) **Actuación independiente:** este trabaja el yo soy-yo estoy y se pretende hacer florecer, con un número determinado de dinámicas, la capacidad de un individuo de desarrollar



su propia autonomía, el saber apreciar el logro obtenido en una actuación, el optimismo a la hora de afrontar una situación y el tener iniciativa para llevar a cabo diversas actuaciones

- c) **Relaciones interpersonales:** se trabaja el yo-tengo, con el fin de establecer unos vínculos afectivos positivos con otras personas. Además, ayuda a trabajar la empatía, el altruismo y una comunicación asertiva.
- d) **Aprendizaje de experiencias vividas:** por último, se aborda el yo-puedo, con el fin de sacar provecho de las experiencias vividas, obteniendo diferentes aprendizajes de ellas y valorando los errores cometidos, trabajando así las posibles distorsiones cognitivas que la persona pudiera presentar. Además, se trabaja la capacidad de crear diferentes respuestas a diversas situaciones.

Resaltar que en los tres primeros conceptos (autoconcepto, actuación independiente y relaciones interpersonales), se engloban los ocho factores resilientes del modelo de las verbalizaciones. En el autoconcepto se encuentran la autoestima y la confianza; en la actuación independiente están la iniciativa, autonomía y el optimismo; por último, en las relaciones interpersonales está el altruismo, la empatía y la comunicación. El último concepto “aprendizaje de experiencias vividas”, pretende trabajar la resiliencia, dando la oportunidad a las personas que realicen el programa de intervención desarrollar la reintegración con resiliencia.

Por último, cabe destacar que en cada uno de estos contenidos además de trabajar la confianza en sí mismo, lo que potencia la capacidad de afrontar situaciones adversas, y obtener el resultado esperado de ella, es decir, conseguir volver al punto inicial al momento adverso obteniendo además un aprendizaje de ello, también se mejora la flexibilidad cognitiva, lo que otorga a la persona con distimia la oportunidad de adaptarse mejor a las situaciones cambiantes, pudiendo así reaccionar con mayor soltura.

5.5 METODOLOGÍA

En esta propuesta de intervención psicopedagógica, se empleará una de las técnicas de reestructuración cognitiva. Esta técnica según Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo (2014, p.412), está encaminada *tanto a identificar como modificar cogniciones desadaptativas del*



cliente poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones, ya que estas cogniciones desadaptativas o distorsiones cognitivas promueven que se genere una *reintegración con pérdida* (Puig y Rubio, 2013, p. 256), descrita en el modelo de Richardson por Puig y Rubio (2013), en vez de conseguir la *reintegración con resiliencia* (Puig y Rubio, 2013, p. 257). Es dentro de la reestructuración cognitiva, donde se encuentra la Terapia Cognitiva de Beck, la cual es la que se va a emplear para llevar a cabo las actividades que se plantearán con posterioridad.

La Terapia Cognitiva de Beck fue creada por Aaron Beck, la cual postula que *los trastornos emocionales y/o conductuales son el resultado de una alteración en el procesamiento de la información fruto de la activación de esquemas latentes* (Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo, 2014, p. 412). Esta terapia maneja diferentes conceptos, que permiten un mejor entendimiento de las fases que se siguen. Existen cuatro términos, de los cuales dos ya se han explicado con anterioridad en el marco teórico, que son las distorsiones cognitivas y los esquemas cognitivos. Cabe destacar que, según Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo (2014), algunas de las creencias que forman los esquemas de las personas que padecen un trastorno depresivo, como podría ser la distimia, son:

- a) Si me equivoco, significa que soy un inútil.
- b) Debo ser exitoso en todo lo que haga para ser feliz.
- c) Tengo que tener aceptación y aprobación de todas las personas que conozco y en cualquier ocasión, para ser feliz.

Los conceptos restantes son la terapia cognitiva y los pensamientos automáticos, los cuales están descritos por Oviedo Nieto, et al. (2015):

- a) Terapia cognitiva: tiene como base que la forma en la que se perciben y se estructuran las experiencias vividas por un individuo establecen los sentimientos y conductas que mostrará en un futuro.
- b) Pensamientos automáticos: se pueden definir como mensajes concretos, que son creídos por la persona, aún pudiendo ser irracionales, son involuntarios y muy difíciles de controlar. Estos según Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo (2014) pueden aparecer sin que ocurra un razonamiento previo, es decir, no es necesario que exista una



experiencia previa o que se esté pensando en algo en concreto para que este pensamiento aparezca.

Cabe destacar que según Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo (2014), estos pensamientos aparecen como si estuvieran taquigrafiados o como si fueran imágenes muy concretas. Por ejemplo, puede repetirse una sola palabra en varias ocasiones en la cabeza de la persona, como puede ser “inútil”. Este término el individuo lo acepta como real y lógico, sin detenerse a razonar si este es verdadero. En lo relativo a las imágenes, estas resumen una serie de pensamientos automáticos.

Por último, es destacable señalar que los pensamientos automáticos, según Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo (2014), contienen distorsiones cognitivas, que son necesarias corregir.

Las fases o etapas que se siguen, según Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo (2014), para la aplicación de la terapia cognitiva de Beck son las siguientes:

- a) *Educativa*: en esta se produce un primer acercamiento entre el o la profesional de la psicopedagogía y la persona o personas. Este es un momento de especial relevancia, ya que permite conocer a el individuo o individuos, ver qué creencias tienen y las distorsiones cognitivas que más tienen acusadas. Gracias a esta información, se puede saber cómo afrontan las situaciones adversas, y qué factores se deben trabajar más para obtener esa capacidad resiliente.

El objetivo principal de esta fase es comunicar a los individuos que las emociones y conductas que experimentan en situaciones adversas, son provocadas por los pensamientos automáticos y los esquemas subyacentes existentes en cada persona. Además, se pretende también darles a conocer los principales factores que les impiden afrontar las situaciones adversas.

- b) *Entrenamiento*: es una etapa muy importante, debido a que se debe conseguir que la persona observe y anote los pensamientos automáticos, pudiendo para ello crear una hoja de registro donde se escriba, por ejemplo, a la hora en la que se produjo, la situación que lo ocasionó, los pensamientos automáticos que se originaron y las emociones e



intensidad que se experimentan. Es fundamental que la persona sea conocedora de el tipo de malestar emocional que sufre ante una situación y los pensamientos automáticos que se originan en dicha circunstancia, para poder afrontarlos y/o modificarlos.

- c) *Aplicación (primera fase):* en esta etapa se pretende conseguir que la persona pueda tener una visión más positiva tanto del contexto que les rodea como de sí mismos, al mismo tiempo que logren tener un entendimiento más realista del mundo, basándose en evidencias que corroboren dicha realidad. En esta etapa, no se pretende hacer ver que la persona vea un mundo “maravilloso” o de “color de rosa”, si no que perciba el entorno que le rodea tal y como es, mitigando así los efectos de las distorsiones cognitivas y de los esquemas que el individuo posea, lo que repercutirá en la forma en la que se perciben situaciones adversas y el cómo se afrontan.

- d) *Aplicación (segunda fase):* en esta última etapa, ya habiendo localizado las creencias que posee cada individuo, se pretende modificar los esquemas que posee cada persona, los cuales son los que le dificultan el afrontarse a situaciones adversas. La modificación de estos, puede ser complicada y generar miedo en la persona, ya que los esquemas pueden considerarse, de algún modo, como la personalidad de cada individuo. Es por ello que se planificarán actividades agradables que permitan reestructurar los pensamientos automáticos, que se dan en situaciones adversas.

5.6 RECURSOS Y TEMPORALIZACIÓN

Para poder llevar a cabo la propuesta de intervención que aquí se plantea, se especifican una serie de recursos que son necesarios para desarrollar las actividades planteadas en las siguientes sesiones. Estos recursos se clasifican en espaciales, temporales, humanos y materiales.

El espacio necesario para desarrollar las sesiones, se encuentra en la asociación PROSAME. Esta aporta una sala para llevar a cabo las sesiones grupales y un despacho en el que se desarrollan las sesiones individuales. Se ha elegido esta asociación, ya que, como se ha mencionado con anterioridad, trabaja para mejorar la calidad de vida de las personas en lo relativo a la salud mental de estas.



En lo que respecta a los recursos materiales, serán necesarios los siguientes para poder desarrollar las actividades: sillas con mesa incorporada, folios, bolígrafos, escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos SV-RES (Anexo 1), entrevista inicial (Anexo 2), cuestionario final (Anexo 8) y las fichas necesarias para las actividades (Anexos 3, 4, 5, 6 y 7).

En cuanto a los recursos humanos necesarios para la puesta en marcha de las sesiones, será necesario un o una profesional de la psicopedagogía, que tenga experiencia en el tema que aquí se trata. El hecho por el cual deba de ser un o una profesional de la psicopedagogía, es debido a que esta figura esta preparada para enseñar a lo largo de la vida, es decir, al inicio de nuestras vidas acudimos a un colegio y posteriormente a un instituto, pero el aprendizaje no finaliza al acabar la educación formal, continúa a lo largo de la vida como una educación no formal o informal. Quiere decir que, en esta etapa, aunque no se aprendan conceptos teóricos y que estén enmarcados dentro de un currículo, se adquieren otra serie de conocimientos, como es el desarrollar o incrementar una habilidad, como es la resiliencia. Cabe destacar que al igual que en un colegio se hacen adaptaciones a los/as niños/as que tienen necesidades educativas específicas, aquí se llevan a cabo una serie de adaptaciones, en concreto para personas con un trastorno distímico, para desarrollar la habilidad mencionada.

En lo referente a la temporalización, se llevarán a cabo un total de 15 sesiones. Se realizará una sesión por cada semana, con el principal fin de que las personas que participen en la propuesta de intervención puedan reflexionar y trabajar los aspectos que se han tratado. En la tabla 2 se plantea un cronograma, en el cual se refleja el momento en el cual se llevará a cabo cada sesión.



TABLA 2: temporalización

ETAPA	DESCRIPCIÓN	SESIÓN	SEMANA
Educativa	Entrevista y escala.	1	1
Educativa	Explicación esquemas, pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.	2	2
Educativa	Explicación factores resilientes y la reintegración con resiliencia.	3	3
Entrenamiento	Explicación hoja de autorregistro.	1	4
Entrenamiento	Revisión de la hoja de autorregistro y explicación de las casillas que se amplían en esta hoja.	2	5
Entrenamiento	Coloquio sobre los pensamientos de cada persona, y repaso de las distorsiones cognitivas.	3	6
Aplicación (primera fase)	Ficha sobre diferentes situaciones y anotación de las creencias de cada uno.	1	7
Aplicación (primera fase)	Cuestionamiento de los “hechos irrefutables”.	2	8
Aplicación (segunda fase)	Entrenamiento asertivo.	1	9
Aplicación (segunda fase)	Continuación entrenamiento asertivo.	2	10
Aplicación (segunda fase)	Continuación entrenamiento asertivo.	3	11
Aplicación (segunda fase)	Continuación entrenamiento asertivo.	4	12
Aplicación (segunda fase)	Continuación entrenamiento asertivo.	5	13
Aplicación (segunda fase)	Continuación entrenamiento asertivo.	6	14
Aplicación (segunda fase)	Cuestionario y escala.	7	15

Elaboración propia

5.7 ACTIVIDADES

Para el desarrollo de las actividades, se van a seguir las fases anteriormente descritas. En cada una de ellas se describirán una serie de sesiones, que permitirán conseguir los objetivos que se plantean al inicio de la propuesta de intervención, los cuales permitirán a los individuos con un trastorno depresivo persistente tanto afrontar como extraer un aprendizaje de las situaciones adversas a las que se enfrenten.

Las actividades que se plantean se obtienen de los autores Olivares Rodríguez, y Méndez Carrillo, (2014) y Oviedo Nieto, et al. (2015). Esto es debido a que las dinámicas que se plantean deben tener una base científica que corrobora su eficacia, ante este grupo de personas.

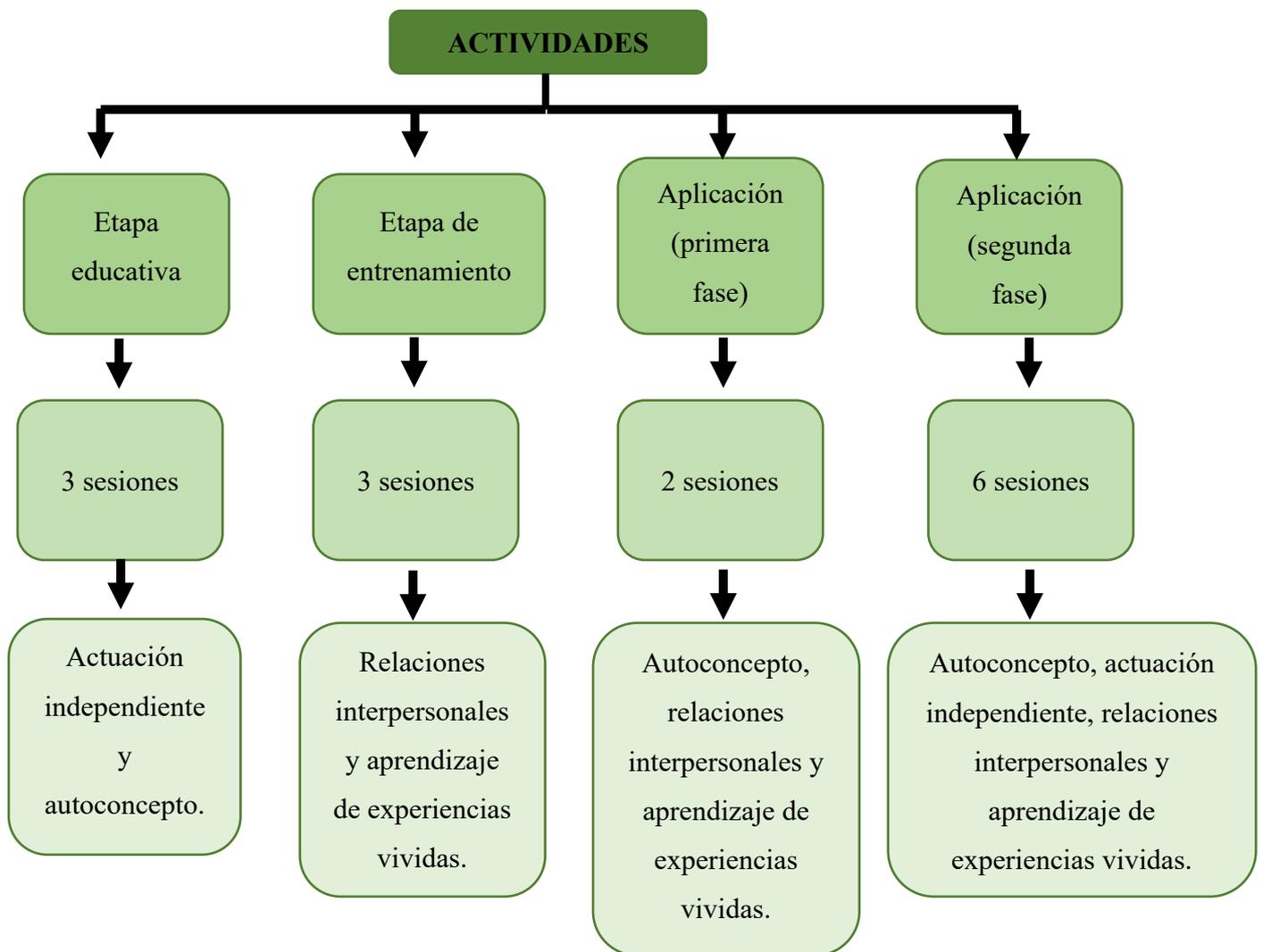


Figura 2: Organización actividades

Elaboración propia



5.7.1 Etapa educativa

En esta fase, se llevarán a cabo tres sesiones, que tienen como principal fin conocer en mayor profundidad a la persona, darle a conocer lo que son los esquemas y las creencias que se asumen como propias e inalterables, y aprender que es una distorsión cognitiva y cuáles son los subtipos existen.

En esta primera sesión, que se lleva a cabo de manera individual con la persona, se comenzará realizando una entrevista semiestructurada inicial (Anexo 2) a el individuo, para conocerla con mayor detenimiento. Esta entrevista se llevará a cabo manteniendo una escucha activa, sin juzgar en ningún momento a la persona, y mostrando una actitud empática. Estos factores, facilitarán que el sujeto deposite la confianza necesaria en el o la profesional, lo que permitirá un mejor y mayor avance en el área que se quiere trabajar. En la segunda parte de la sesión, una vez llevada a cabo la entrevista, se realizará la Escala de Resiliencia SV-RES (Anexo 1), para averiguar qué aspectos o ítems se deben trabajar en mayor profundidad. Además, el que la persona realice en este momento la escala, permite saber al final de la intervención, si esta ha obtenido resultados positivos con respecto a adquirir la capacidad resiliente.

En la segunda sesión, que ya se lleva a cabo de manera grupal, se enseñará a las personas lo que son los esquemas, los pensamientos automáticos que surgen y qué distorsiones cognitivas existen. Se remarcará a los individuos que las emociones y conductas que se producen ante situaciones adversas están provocadas por cada uno de los factores descritos. En esta sesión se realizará una ficha (Anexo 3), en la que las personas deban identificar que distorsión cognitiva se da en cada situación, con el fin que las personas destinatarias de esta propuesta de intervención psicopedagógica, conozcan en mayor profundidad cuáles son y cómo se manifiestan, ya que el reconocimiento de las mismas otorga la posibilidad de que los individuos las distingan en su día a día y, por ende, que tengan mayor “libertad” para decidir si desean aplicarlas o no, hecho que provocará que se produzca un cambio en la percepción que tienen del mundo las usuarias.

En la tercera y última sesión de esta etapa, que se llevará a cabo de manera grupal, se explicará a las personas los factores resilientes del modelo de las verbalizaciones y la reintegración con resiliencia que explica el modelo de Richardson. Esto se hace con el principal fin, de hacer



conocer a los individuos la meta que se pretende conseguir con esta intervención psicopedagógica.

En esta etapa, se trabaja principalmente la actuación independiente y el autoconcepto, ya que el mero conocimiento de estos conceptos, permite empezar a generar el cambio de perspectiva que tienen estas personas sobre el mundo, desarrollando paulatinamente la confianza y respeto en sí mismo, y la capacidad de un individuo para acrecentar su propia autonomía.

5.7.2 Etapa de entrenamiento

En esta fase, una vez que los individuos ya conocen la teoría de lo que se va a trabajar en estas sesiones, a continuación, se pasa a llevar a la práctica de estos conceptos, es decir, en 3 sesiones se van a establecer las principales distorsiones cognitivas y tipos de resiliencia que la persona establece en su día a día.

En la primera sesión de esta etapa de entrenamiento, la cual se lleva a cabo de manera individual con la persona, se hace un breve resumen de lo que se aprendió en la anterior etapa, recordando nuevamente lo que se va a trabajar en esta intervención, para desarrollar la capacidad resiliente. Para ello, se empleará un breve periodo de tiempo de esta sesión. En el tiempo restante se explicará la tarea que deberá llevar a cabo hasta la siguiente sesión. Esta actividad consiste en que, mediante una hoja de autoregistro (Anexo 4), anote los pensamientos automáticos que ha tenido ante una situación adversa que haya vivido o imaginado, las emociones que ha experimentado, la circunstancia que lo indujo y la fecha y la hora que provocaron dichas emociones. Para asegurarnos de que la persona ha entendido el funcionamiento de dicha hoja de autoregistro, durante la sesión la pediremos que se imagine una situación en la que le resulte difícil desenvolverse, para así completar cada ítem mencionado. Con esta ficha, se pretende que la persona vaya siendo consciente de los aspectos que le impiden enfrentarse a tal situación, lo que provoca, en consecuencia, que vaya tomando consciencia de el problema o problemas que posee a la hora de enfrentarse a circunstancias adversas.

En una segunda sesión, la cual también se llevará a cabo de forma individual, se verán los aspectos escritos en la hoja de registro. Para ello, la persona que haya rellenado esa hoja, deberá contar al profesional de la psicopedagogía cada uno de los aspectos señalados en la tabla, cabe destacar que el o la profesional siempre deberá mantener una escucha activa, además de demostrar respeto y una actitud empática para con la persona. Una vez que el individuo haya



acabado de comunicarnos su hoja de registro, pasaremos a explicarla la ampliación que se hace en esta hoja de registro (Anexo 5). Esta se amplía dos casillas, una de razonamiento y otra en la que se expresa la emoción y su intensidad. En el razonamiento se le pide a la persona que argumente el motivo por el cual se siente así y el por qué de ese pensamiento automático. Por ejemplo, una persona al presentar un trabajo académico ante un tribunal, siente mucho miedo ante esa situación, y tiene el pensamiento automático de que es un inútil, y que no será capaz de afrontar la situación, en el razonamiento debe argumentar que ha estado trabajando mucho tiempo para esa exposición y que sabe que lo que tiene está descrito de manera correcta. Gracias a este razonamiento, la emoción que se siente después es probable que sea diferente, pudiendo ser esta una sensación de confianza, que le permite abordar la situación. Esta ficha se irá realizando hasta el comienzo de la siguiente sesión.

En la tercera y última sesión de esta etapa, la cual se llevará a cabo de manera grupal, cada persona hablará sobre su hoja de autoregistro ampliada, compartiendo así las vivencias, pensamientos automáticos y razonamientos llevados a cabo. Durante la sesión el o la profesional de la psicopedagogía aprovechará para comentar, en voz alta, las distorsiones cognitivas que se observan en cada situación, dando la oportunidad a las personas que componen el grupo de identificarlas ellos también, antes de que el o la profesional lo diga. El dar a conocer de manera más cercana estos errores cognitivos, asociándolos a las vivencias que han experimentado, da la oportunidad a los individuos de detectar los que cometen con mayor frecuencia, y hacerles frente.

Remarcar que la realización de estas fichas se irán cumplimentando a lo largo de toda la intervención, ya que cuanto más se ponga en práctica este tipo de pensamientos y razonamientos se conseguirá que estos empiecen a aparecer de manera más automática, lo que permitirá aumentar la flexibilidad cognitiva y, en consecuencia, iniciar el camino para lograr desarrollar una reintegración con resiliencia.

En esta etapa, los principales conceptos que se trabajan son los relacionados con las relaciones interpersonales debido a que se da la posibilidad de comunicarse con otras personas y mostrar empatía ante sus situaciones, altruismo ya que pueden ofrecer ayuda a el resto de personas para identificar otros razonamientos, la comunicación debido a que deben expresar sus opiniones e ideas y el aprendizaje de experiencias vividas ya que se empieza a enseñar la manera de crear diferentes respuestas a situaciones adversas.

5.7.3 Aplicación (primera fase)

En esta fase se pretende enseñar a las personas a ver el mundo que les rodea tal y como es, consiguiendo así que se reduzca o incluso desaparezca esa visión negativa que tienen del contexto que las rodea. Para ello se van a llevar a cabo dos sesiones, ambas grupales, que pretenden trabajar la visión del mundo que se ha comentado con anterioridad.

En la primera sesión se repartirán unas fichas (Anexo 6) en las que se mostrarán diferentes situaciones, en las cuales deberán cuestionar la veracidad de las afirmaciones aportadas, es decir, deberán argumentar el motivo por el cual esa opinión no está fundamentada en algún hecho lógico, haciéndose la siguiente pregunta “¿Qué prueba tenemos de que esto sea real?”. Por ejemplo, en la afirmación “el mundo es un lugar muy peligroso”, se podría dar, por ejemplo, el siguiente diálogo:

Persona: La situación que plantea propone que el mundo es un lugar muy peligroso.

Profesional de la psicopedagogía: De acuerdo, ¿qué prueba tenemos de que eso sea real?

Persona: Si es cierto que existen muchos sitios que son muy peligrosos.

Profesional de la psicopedagogía: Pero no todos los lugares del mundo son sitios peligrosos ¿no es cierto?

Persona: Si, es verdad.

Profesional de la psicopedagogía: Existen lugares bonitos, tranquilos, agradables, ...

Persona: Desde luego.

Profesional de la psicopedagogía: Entonces ¿qué razonamiento podemos dar a esta afirmación?

Persona: Que el mundo no solo es un lugar peligroso, también tiene lugares que son gratificantes de ver y que merecen la pena conocer.

Al finalizar la primera sesión, se les pedirá a las personas que para el siguiente día que nos reunamos, lleven por escrito las ideas que tienen asumidas como “hechos irrefutables”. Para ello, se pueden ayudar de las hojas de autoregistro. Una vez comience la segunda sesión, cada una irá leyendo cada idea que tenga y, por turnos, cada una de las personas que forman el grupo dará un razonamiento por el cual ese hecho, no es tan real como lo planteaba. Para llevar a cabo esta actividad, siempre se deberá formular la pregunta que se realizaba en la anterior sesión, la cual era “¿qué prueba tenemos de que esto sea real?”. Esta actividad es similar a la llevada a cabo en la anterior sesión, sin embargo, en esta se trabajan las ideas que tiene cada persona, individualizando así la intervención.



Al llevar a cabo esta etapa, en cada una de las sesiones, de manera grupal, se puede aprender más formas de ver el mundo, lo que facilita el conseguir una mayor flexibilidad cognitiva e ir en el camino adecuado para lograr desarrollar la reintegración con resiliencia. Además, es posible que la autoestima de la persona vaya incrementándose, ya que al refutar esas convicciones que poseían, las ayuda a ver que pueden poseer más capacidades de las que en un principio creían. Con esto también aumenta el respeto a sí mismo. Es por todo esto, que los conceptos que se trabajan en esta etapa son el autoconcepto, las relaciones interpersonales y el aprendizaje de experiencias vividas.

5.7.4 Aplicación (segunda fase)

En esta última etapa, se crean actividades que tienen como fin cambiar los esquemas de las personas, con el principal propósito de hacerlas cambiar la manera en la que perciben el mundo, además de afianzar la reintegración con resiliencia en los individuos con la ayuda de los ocho factores resilientes del modelo de las verbalizaciones, que se han ido trabajando en etapas anteriores. Como se ha mencionado con anterioridad, este cambio puede derivar en momentos de angustia o miedo en las personas, ya que supone cambiar la forma que han tenido de desenvolverse en su día a día desde niñas, es decir, cambiar la personalidad que han ido forjando a lo largo de los años. Sin embargo, este cambio supone para estas personas mejorar su calidad de vida.

En este punto se desarrolla la actividad denominada *entrenamiento asertivo* (Oviedo Nieto, et al., 2015, p. 21), la cual se extenderá durante 7 sesiones. Con esta actividad, se pretende que las personas aprendan a controlar los posibles conflictos que pudieran surgir, dando a conocer su opinión y/o petición. Para el desarrollo de estas sesiones, se consulta a la autora Pérez Pino (s.f.).

En la primera sesión, que se lleva a cabo de manera grupal, se pretende conocer el estilo (agresivo, asertivo o pasivo), con el que la persona se desenvuelve ante situaciones adversas, con el fin de que las personas puedan reconocer los errores que se cometen en estas circunstancias. Para ello cada persona deberá anotar tres situaciones que fueran difíciles, que hayan vivido y la forma en la que reaccionaron ante ellas. Una vez las tengan apuntadas, el o la profesional de la psicopedagogía, irá una por una preguntando cuales eran las situaciones, cómo las resolvieron, el tono que emplearon, el lenguaje no verbal que usaron (mirada, postura, cercanía con la persona, voz, ...) y la repercusión que tuvo esa experiencia en la vida de la



persona. Además, se comentará el posible aprendizaje que se podría obtener de esa situación, iniciando así a la persona en el cambio de una reintegración con pérdida a una reintegración con resiliencia. Por último, se las pide que para la próxima sesión señalen las situaciones que las resulte difícil desenvolverse, y en las cuales quieran tener un comportamiento asertivo.

En la segunda sesión, también llevada a cabo de manera grupal, cada persona deberá leer las circunstancias en las que las resulte difícil desenvolverse. A partir de estas eventualidades, se escribirá en una ficha (Anexo 7), quién o quiénes son las personas que provocan esta situación, cuándo se producen y cómo se actúa en esa escena. De este modo se identifican los pensamientos que surgen en esta circunstancia. Es importante remarcar, no solo en esta sesión si no en todas las que componen esta etapa, que de todas las situaciones se puede obtener un aprendizaje, pudiendo ser este una forma nueva de relacionarse, a interpretar desde otro punto de vista diferentes situaciones, interpretar expresiones de las personas, Esto es, al fin y al cabo, lo que se pretende conseguir con la reintegración con resiliencia, no solo que vuelvan al estado inicial, si no que también aprendan de esa situación.

En la tercera sesión y cuarta sesión, cada persona saldrá a exponer las situaciones en las que la resulta complicado desenvolverse, y cada individuo del grupo, junto con el o la profesional de la psicopedagogía, la ayudará a crear un guion que la permita afrontar esas situaciones. Esta actividad se desarrolla en dos sesiones, ya que es necesario fijar para cada persona un guion que la permita afrontar estas situaciones. Además de redactar en ambas sesiones el guion que se debe seguir, el o la profesional, dará unas pautas básicas sobre el lenguaje no verbal que se deba emplear en esta eventualidad. Dichas pautas son:

1. La mirada debe estar dirigida a el rostro de la otra persona y, dependiendo de quien sea ese individuo, no se debe mantener un contacto prolongado hacia el rostro.
2. La sonrisa debe adecuarse a la situación. El exceso o defecto de este gesto podría dar lugar a una impresión negativa.
3. El tono de voz debe de ser calmado y respetuoso.
4. Es importante que mantengamos una postura erguida, ya que aporta seguridad a la persona que transmite el mensaje.
5. Las manos deben seguir la argumentación que estamos dando, es decir, no deben permanecer inmóviles, ni tampoco moverse desacompañadas con el mensaje.
6. Es importante vocalizar bien el mensaje que se quiera transmitir.



Al finalizar estas sesiones, se las pide a las personas que, en sus casas, ensayen los gestos no verbales y el diálogo preparado de una circunstancia concreta frente a un espejo. Para ello, deberán imaginarse en esa situación, y las respuestas que darían la otra o otras personas.

En la quinta y sexta sesión, también desarrollada de manera grupal, se llevará a cabo un role playing, en la cual se recrearán situaciones, que cada persona haya vivido y que la fueran adversas, para ensayar las posibles respuestas que se podrían dar. En estas sesiones, también se deberán sacar unas conclusiones finales, es decir, que aprendizajes podemos obtener de estas situaciones, de este modo se desarrollará la reintegración con resiliencia.

Por último, en la séptima sesión, ya llevada a cabo de manera individual, se pasa un cuestionario (Anexo 8) para ver la forma en la que perciben si les ha sido de utilidad o no estas sesiones para la mejora de su trastorno, es decir, si en este momento tienen una percepción de que han evolucionado positivamente con respecto al trastorno distímico que poseen. Además de este cuestionario, también se les pedirá que vuelvan a completar la *Escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos SV-RES* (Madariaga Orbea, 2014, p. 119) (Anexo 1), con el principal fin de comparar los resultados obtenidos en este momento con los realizados en la primera sesión. De este modo se podrá ver si esta capacidad resiliente se ha desarrollado en este colectivo.

En esta última etapa, se trabajan todos los conceptos. El autoconcepto, ya que al darse la oportunidad a las personas para que puedan desenvolverse ante situaciones adversas, las lleva a un incremento de la confianza en sí mismos y, por ende, a un aumento de la autoestima. Las relaciones interpersonales, debido a que, al desarrollarse las sesiones de una manera grupal, da la posibilidad de trabajar la comunicación, empatía y altruismo, porque cada individuo ayuda a otro para saber desenvolverse ante esas eventualidades. La actuación independiente, ya que permite desarrollar su autonomía a la hora de plantar cara a diferentes situaciones, y da la oportunidad de tener iniciativa para solventar diferentes situaciones, ya sean propias o de las compañeras. Por último, se trabaja el aprendizaje de las experiencias vividas, debido a que de varias sesiones se pueden extraer diferentes conocimientos, como es el saber desenvolverse ante situaciones adversas, poder interpretar expresiones, ...

5.8 EVALUACIÓN

Madariaga Orbea (2014), considera diferentes herramientas para poder evaluar la resiliencia en diferentes colectivos y edades. El presente TFM emplea la *Escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos SV-RES* (Madariaga Orbea, 2014, p. 119), tanto en el pretest como postest, ya que de esta manera se observará los cambios producidos en estas personas gracias a la propuesta de intervención psicopedagógica.

Esta escala está compuesta por 60 ítems, y cada uno de ellos posee cinco alternativas que componen una escala Likert. Se suele llevar a cabo con personas con edades comprendidas entre los 15 y 65 años, además fue desarrollada por Saavedra y Villata en 2008 (Madariaga Orbea, 2014).

La escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos fue creada a partir de dos modelos, el modelo creado por Saavedra y el modelo de las verbalizaciones de Grotberg. En el modelo creado por Saavedra, se indican cuatro momentos para la construcción de la resiliencia, y en cada uno de ellos se miden diferentes factores (Madariaga Orbea, 2014):

- a) Condiciones de base: aquí se engloban el vínculo-apego que desarrolla el niño desde el momento de su nacimiento hasta sus primeros años de vida, la identidad que posee con sus cuidadores, el tener un sistema de creencias y el rol que se posee en la vida.
- b) Visión de sí mismo: en este punto se encuentra el nivel de autoestima positiva que posee el individuo, la percepción que tiene la persona sobre su autoeficacia, la autonomía que posee, el control que el individuo tiene sobre una situación y formar parte de una red de identidad.
- c) Visión del problema: este punto está referido a poder vislumbrar la situación como algo abordable, poseer una historia previa de soluciones y refuerzos por parte de los cuidadores y el aprendizaje de las experiencias pasadas, pudiendo haber sido estas positivas o negativas.
- d) Respuesta resiliente: aquí se valoran las metas a corto plazo, si la acción resiliente está cimentada sobre objetivos prácticos y la capacidad de elaborar una respuesta involucrando a otras personas.



Al emplear este modelo de Saavedra, con el modelo de verbalizaciones de Grotberg, el cual, como se ha mencionado con anterioridad, hace una diferenciación entre tres niveles de funcionamiento. El Yo soy-yo estoy, que *se refiere a la fortaleza interior percibida por la persona para enfrentar la adversidad* (Madariaga, et al. 2013, p. 22), el Yo tengo que hace alusión a *los apoyos externos que percibe la persona* (Madariaga, et al. 2013, p. 22), y el Yo puedo que referencia *las capacidades personales para resolver conflictos* (Madariaga, et al. 2013, p. 22). A partir de aquí, se crean doce dimensiones a evaluar, que forman parte del fenómeno de la resiliencia. De igual forma al poseer estas doce dimensiones, además de llevar a cabo una evaluación más precisa, se puede identificar con más facilidad las áreas a trabajar en cada individuo (Madariaga Orbea, 2014).

Todas las dimensiones que se muestran, pueden estar o no desarrolladas en un mismo nivel en un individuo, o incluso pueden no estar formadas completamente. Para entender con más precisión cada nivel, a continuación, se da una breve definición de cada una de ellas (Madariaga Orbea, 2014):

- a) Identidad: aquí se valora la autodefinición básica, el autoconcepto y la caracterización personal. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo soy-Yo estoy de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de las Condiciones de base de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
- b) Autonomía: en este punto se tiene en cuenta el sentimiento de competencia frente a los problemas que surgen, la imagen positiva de sí mismo, la independencia al actuar y el control interno. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo soy-Yo estoy de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de la Visión de sí mismo de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
- c) Satisfacción: se valora la percepción de logro, la autovaloración, la adaptación efectiva y la percepción de desarrollo. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo soy-Yo estoy de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de la Visión del problema de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
- d) Pragmatismo: se tiene en cuenta el sentido práctico para evaluar y hacer frente a los problemas y la orientación hacia la acción. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo soy-Yo estoy de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de la Respuesta resiliente de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
- e) Vínculos: aquí se valora las condiciones en las que se forma la personalidad, las relaciones vinculares o apego y el sistema de creencias que se posee. Esta dimensión se



- encuentra dentro del Yo Tengo de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de las Condiciones de base de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
- f) Redes: se evalúa las condiciones sociales y familiares que son un punto de apoyo para el sujeto y los sistemas de apoyo y referencia próximos y disponibles. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo Tengo de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de la Visión de sí mismo de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
 - g) Modelos: se valoran las personas y momentos que son guía al individuo para hacer frente a sus problemas, como pueden ser experiencias anteriores. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo Tengo de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de la Visión del problema de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
 - h) Metas: se valora la concreción de los objetivos y las acciones que persiguen un determinado fin. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo Tengo de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de la Respuesta resiliente de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
 - i) Afectividad: se evalúa el propio autorreconocimiento, la valoración de lo emocional, los aspectos personales que giran en torno a la vida emocional como son el tono emocional, el humor y la empatía. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo Puedo de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de las Condiciones de base de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
 - j) Autoeficacia: se valora la disposición de establecer límites, controlar impulsos, tomar conciencia o responsabilizarse de los actos, saber manejar el estrés, acabar lo propuesto y el sentido de competencia. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo Puedo de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de la Visión de sí mismo de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
 - k) Aprendizaje: se evalúa el grado de aprovechamiento de las experiencias vividas, el grado de adquisición de los conocimientos adquiridos por los errores cometidos, la capacidad de evaluar su propio actuar y de corregir la acción. Esta dimensión se encuentra dentro del Yo Puedo de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de la Visión del problema de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.
 - l) Generatividad: se valora la capacidad de dar respuestas frente a distintos problemas, a construir respuestas y la planificación de la acción. Esta dimensión se encuentra dentro



del Yo Puedo de las competencias internacionales de Grotberg, y dentro de la Respuesta resiliente de los Niveles de estructuración de la conciencia de Saavedra.

En el **ANEXO 1** se puede ver la escala de resiliencia SV-RES que se podrá emplear para evaluar la resiliencia de diferentes individuos.

6. CONCLUSIONES

En primer lugar, este Trabajo Fin de Máster se ha centrado en mejorar la calidad de vida de las mujeres de entre 19 y 21 años que padecen un trastorno depresivo persistente o distimia, enseñándolas a manejar una habilidad, que hoy en día es muy necesaria, la resiliencia.

En segundo lugar, teniendo como punto de partida toda la documentación descrita en el apartado de la fundamentación teórica, ha sido de especial relevancia tener en cuenta la sintomatología y los factores de riesgo presentes en el trastorno distímico, ya que si esta intervención no se adecua a estos factores, es posible que no solo no se consiga el resultado esperado, sino que también esta sintomatología puede verse agravada.

En tercer lugar, cabe destacar que en esta propuesta tiene como fin que las personas que padecen dicho trastorno, desarrollen la capacidad de la resiliencia. Esta habilidad no solo otorga la posibilidad a las personas con distimia de enfrentarse a situaciones adversas, y de volver al estado previo a esa eventualidad habiendo sacado un aprendizaje de esa circunstancia, también ayuda mejorar la visión que tienen del mundo y de sí mismos, es decir, la capacidad resiliente en este colectivo permite mejorar la autoestima de la persona ya que se empiezan a ver como personas con cualidades positivas, la confianza en sí mismos consiguiendo así no verse tan vulnerables a la hora de enfrentarse a situaciones desconocidas o adversas, lo que directamente repercute en la flexibilidad cognitiva. En resumen, un incremento de la autoestima y de la confianza, da como resultado un aumento de la flexibilidad cognitiva, lo que en consecuencia permite afrontar situaciones adversas y aprender de ellas con mayor facilidad, debido a que esta flexibilidad da la posibilidad a las personas de encontrar diferentes soluciones a diversas eventualidades.

En cuarto lugar, es destacable que la reintegración con resiliencia que se encuentra dentro de el Modelo de Richardson explicado por Puig y Rubio (2013), ayuda a los individuos a aprender diferentes aspectos, como pueden ser la interpretación de nuevas situaciones, de las expresiones de las personas que se encuentran dentro de esa situación, nuevas herramientas para plantar cara a estas eventualidades, En resumen, otorga la posibilidad de aprender habilidades que son de especial utilidad para el día a día.



En quinto lugar, se debe destacar la figura de el o la profesional de la psicopedagogía. Esta debe ser una figura de referencia en el momento de poner en práctica estas intervenciones, ya que la principal función de este profesional es enseñar y orientar a diferentes colectivos, adaptándose a las circunstancias y necesidades que presenta cada persona en un momento determinado en su vida, es decir, no existe un currículo específico, como en la educación formal, que diga lo que se debe aprender en cada momento de la vida, es por ello que cada persona presentará una o varias necesidades en cualquier momento de la vida. Estas necesidades pueden ser cubiertas por el o la profesional de la psicopedagogía.

En sexto y último lugar, los objetivos planteados al comienzo de este Trabajo Fin de Máster, se han ido desarrollando a lo largo del mismo, lo que repercute directamente en la consecución de los mismos. Para entender mejor las razones por las cuales se considera que se han alcanzado dichos objetivos, a continuación, se plasman los motivos por los cuales se da esta afirmación. Con respecto al objetivo general “diseñar una propuesta de intervención para desarrollar la capacidad de resiliencia en personas con trastorno distímico”, se puede observar que la propuesta de intervención está pensada en desarrollar esta habilidad en personas con distimia, lo que confirma el alcance de dicho objetivo. Ya entrando en los objetivos específicos, con respecto a la realización de una revisión bibliográfica con aportaciones científicas más recientes sobre la distimia y la resiliencia, se puede ver a lo largo de todo el documento y en las referencias bibliográficas, que se ha llevado a cabo una amplia revisión con aportaciones recientes, ya que estas no son inferiores al año 2010. En lo relativo a los objetivos de “contribuir a aportar soluciones que permitan a las personas con trastorno distímico aprender de situaciones adversas” y “ofrecer una posibilidad de desarrollo de la resiliencia en personas con trastorno distímico”, se puede vislumbrar en la propuesta de intervención se da respuesta ambos objetivos, ya que con esta se dan una serie de herramientas que dan solución a las personas con distimia a enfrentarse a situaciones adversas, al mismo tiempo que se da una posibilidad, con una base científica, de desarrollar esta habilidad.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, EEUU: American Psychiatric Publishing.
- Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (s.f.). *Definición, factores de riesgo y diagnóstico*. Guía Salud. Consultado el 5 de enero de 2021 <https://bit.ly/38c6rdI>.
- Blount, M. R. (2012). *Antisocial Behavior: Roles of Self-Serving Cognitive Distorsions and Ventromedial Prefrontal Function* [Thesis, The Ohio State University]. <https://bit.ly/3sqWIYY>
- Carro de Francisco, C. y Sanz Blasco, R. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico. *Casos Clínicos en Salud Mental*, 3 (1), pp. 43-59. <https://bit.ly/38liOUu>
- Clínica Universidad de Navarra (s.f.). *Error cognitivo*. Diccionario médico. Consultado el 11 de enero de 2021. <https://bit.ly/3sd7mm5>
- Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible (DGPOLDES) (2018). *Construcción de Resiliencia para el Bienestar. Directrices para la Cooperación Española*. Subdirección General de Planificación, Coherencia de Políticas y Evaluación. Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. <https://bit.ly/2KwMKEv>
- Dicciomed. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. *Etiopatogenia*. Consultado el 30 de diciembre de 2020. <https://dicciomed.usal.es/palabra/etiopatogenia>
- Escudero, M. (2018). *Qué es la flexibilidad cognitiva y cómo desarrollar esta capacidad en nosotros mismos*. Centro Manuel Escudero. Psicología clínica y psiquiatría. Consultado el 18 de enero de 2021. <https://bit.ly/2XR9HF1>
- Facultad de Educación y Trabajo Social (2021). *Competencias*. Máster Universitario en Psicopedagogía. Consultado el 8 de mayo de 2021. <https://bit.ly/3sNGUyw>
- Gallardo-Moreno G, Jiménez-Maldonado M, González-Garrido A y Villaseñor Cabrera, T. (2013). La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 14(4), pp. 215-222. <https://bit.ly/3hqAmBL>
- García Allen, J. (s.f.). *La Terapia Cognitiva de Aaron Beck*. Psicología y Mente. Consultado el 15 de enero de 2021. <https://bit.ly/3qr6BE6>



- García Arranz, F. J. (2016). *Resiliencia en la escuela: Proyecto de Acción Tutorial para el desarrollo de Factores Resilientes* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://bit.ly/2OHKr2R>
- García Arroyo, J. M., Domínguez López, M. L. y Fernández Argüelles P. (2011). Estudio psicológico del trastorno distímico en la mujer. *Actas Esp Psiquiatr.*, 39(5), pp. 331-333. <https://cutt.ly/Ojq4LwY>
- Goena Vives, J. y Molero Santos, P. (2019). Distimia. *Medicine- Programa de Formación médica Continuada Acreditado. Volumen 12, Número 86*, pp. 5037-5040. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.011>
- Gómez Truyol, C. (2017). *Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor*. [Maestría en Psicología, Universidad del Norte]. <https://bit.ly/3nihBlS>
- Gurrola Peña, G. M., Balcázar Nava, P., Moysén Chimal, A., Garay López, J., Esteban Valdés, J. M. (2012) La construcción del sí mismo en mujeres con diagnóstico de distimia. *Revista de Psicología de la universidad autónoma del estado de México. Nueva época* 2, 1(2), pp. 37-45. <https://bit.ly/3nRB4K9>
- Huamán Melendres, N. (2019). *Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor y/o distimia en postulantes a la universidad nacional de piura – Perú, 2019*. [Tesis, Universidad nacional de Piura]. Repositorio UNP: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1639>
- Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Europea de Salud 2014. Estado de salud: Cifras absolutas*. Consultado el 31 de diciembre de 2020. <https://bit.ly/3rBIO5U>
- Irastorza Eguskiza, L. J. (2012). *Personalidad depresiva: concepto y diferenciación diagnóstico diferencial entre trastorno de personalidad y distimia* [Memoria para optar al grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid]. <https://bit.ly/3nf6tWt>
- Jiménez Maldonado, M. E., Gallardo Moreno, G. B., Villaseñor Cabrera, T. V. y González Garrido, A. A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), pp. 212-218. <https://bit.ly/2L8xEF0>
- Koolen, S., Poorthuis, A. y Van Aken, M. A. G. (2011). Cognitive Distorsions and Self-Regulatory Personality Traits Associated with Proactive and Reactive Aggression in Early Adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), pp. 776-787. <https://bit.ly/3snyY85>
- Lifshitz G. A. (2016). Sobre la “comorbilidad”. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14(2), pp. 61-62. <https://bit.ly/2X64zwz>



- Lozano, L. M., Valor Segura, I., Pedrosa, I., Suárez Álvarez, J., García Cueto, E. y Lozano, L. (2016). Adaptación del Inventario de la Triada Cognitiva Infantil en población española. *Anales de psicología*, 32(1), pp. 158-166. <https://bit.ly/3oh8tic>
- Madariaga, J. M., Forés, A., Goñi, E., Palma, M. D. L. O., Pérez Muga, O., Rodríguez, A., Villalba, C. y Gil, G. (2013). *La construcción social de la resiliencia*. Editorial Argitalpen Zerbitzua. <https://bit.ly/2RmkiZn>
- Madariaga Orbea, J. M. (2014). *Nuevas miradas sobre la resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Editorial Gedisa.
- Manual del residente en Psiquiatría. Tomo 1 (2009). Grupo ENE Life Publicidad, S.A. . <https://bit.ly/2X1sBJ8>
- Mate Lordén, A. I. (2018). *Esquemas cognitivos disfuncionales, distorsiones cognitivas y agresión en jóvenes y adolescentes* [Memoria para optar al grado de doctora, Universidad Complutense Madrid]. Repositorio de la producción académica en abierto de la UCM: <https://bit.ly/38HvOUU>
- Mayo Clinic (2018). *Trastorno depresivo persistente (distimia)*. Consultado el 31 de diciembre de 2020. <https://mayocl.in/3o1LfMU>
- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España (s.f). *Síntomas vegetativos*. PyDeSalud. Web para promover la participación de la ciudadanía en decisiones sobre su salud. Consultado el 18 de enero de 2021. <https://bit.ly/35S1oO9>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en Adulto*. Editorial Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. <https://bit.ly/3e19bZS>
- Moch, S. (2011). Dysthymia: More than Minor Depression. *South African pharmaceutical journal*, 78(3), pp. 38-43. <https://bit.ly/3o4wp8z>
- Monroy Cortés, B. G. y Palacios Cruz, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, 34(3), pp. 237-246. <https://bit.ly/38D48QD>
- Olivares Rodríguez, J. y Méndez Carrillo, F. (2014). *Técnicas de modificación de conducta (Cuarta edición, revisada)*. Editorial Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11)*. <https://bit.ly/381MssK>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Epidemiología. Consultado el 31 de diciembre de 2020. <https://bit.ly/2LbVIMx>
- Oriol Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educ Med*, 15(2), pp.77-78. <https://bit.ly/2Q1pZLe>



- Oviedo Nieto, M., Giner Gosalbez, N., Iriondo Villaverde, O., López Moreno, T., Martín Avila, E., Russo Ferrari, C. y Vargas Villate, A. C. (2015). *Fichas de Psicoterapias Manualizables. Cuadernos de Salud Mental del 12 n° 10*. Hospital Universitario 12 de Octubre. <https://bit.ly/3cSiuPx>
- Peña Fernández, M. E. y Andreu Rodríguez, J. M. (2012). Distorsiones cognitivas: una revisión sobre sus implicaciones en la conducta agresiva y antisocial. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 12(1), pp. 85-99. <https://bit.ly/3nAixlk>
- Prosame (s.f.) Quiénes somos. Pérez Pino, M. T. (s.f.). *El entrenamiento asertivo*. Fundación CADAH. Consultado el 5 de mayo de 2021. <https://bit.ly/2PQeK8A>
- Prosame (s.f.). *Autonomía Personal*. PROSAME, Salud Mental Burgos. Consultado el 6 de abril de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3uvxQjb>
- Prosame (s.f.). *Quiénes somos*. PROSAME, Salud Mental Burgos. Consultado el 6 de abril de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/2PCd9Dj>
- Puig, G. y Rubio J. L. (2013). *Manual de resiliencia aplicada*. Editorial Gedisa, Print.
- Quiñonez, R. E. y Prado-Solis, M. (2017). Resiliencia organizacional: ideas para el debate en el contexto ecuatoriano. *Dom. Cien.*, 3, pp. 485-504. <https://bit.ly/39M4oNa>
- Real Academia Española (s.f.). Resiliencia. En *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. Consultado el 20 de enero de 2021. <https://dle.rae.es/resiliencia>
- Rodríguez Suárez, M. (2017). *El Mandala Ampliado de la Resiliencia*. Fundación Soberanamente. Investigación, docencia y promoción de la salud mental. Consultado el 23 de enero de 2021. <https://bit.ly/398wUcs>
- Rojas Zegarra, M. E. (2013). *Distorsiones cognitivas y conducta agresiva en jóvenes y adolescentes: análisis en muestras comunitarias y de delincuentes* [Memoria para optar al grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid]. <https://bit.ly/38FCVgy>
- Roncero, D., Andreu, J. M. y Peña, M. E. (2016). Procesos cognitivos distorsionados en la conducta agresiva y antisocial en adolescentes. *Anuario de Psicología Jurídica* 2016. 26(1,) pp. 88-101. <https://bit.ly/2KkT6qs>
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2007). *Escala de resiliencia SV-RES*. <https://bit.ly/3dOiKhJ>
- Uriarte Arciniega, J. D. D. (2010). La resiliencia comunitaria en situaciones catastróficas y de emergencia. *Revista de psicología INFAD*, 1(1), pp. 687-693. <https://bit.ly/3pbGRLZ>
- Villalobos Pérez, S., Muñoz, S. y Antonio, S. (2018). Resiliencia en estudiantes universitarios: caso división de ingenierías de la universidad de Guanajuato, Campus Guanajuato. *Jóvenes en la ciencia. Revista de divulgación científica*, 4(1), pp. 2343-2348. <https://bit.ly/365QFPZ>



World Federation for Mental Health (2012). *Depression: A Global Crisis. World Mental Health Day, October 10 2012.* <https://bit.ly/35dYFhv>



8. ANEXOS

ANEXO 1: Escala de resiliencia SV-RES

ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES

(E. Saavedra, M. Villalta-2007)

SEXO: MUJER _____ HOMBRE _____ EDAD _____

YO SOY-YO ESTOY	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- Una persona con esperanza.					
2.- Una persona con buena autoestima.					
3.- Optimista respecto al futuro.					
4.- Seguro de mis creencias o principios.					
5.- Creciendo como persona.					
6.- Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles.					
7.- En contacto con personas que me aprecian.					
8.- Seguro de mi mismo.					
9.- Seguro de mis proyectos.					
10.- Seguro en el ambiente en que vivo.					
11.- Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida.					
12.- Un modelo positivo para otras personas.					
13.- Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio.					



14.- Satisfecho con mis relaciones de amistad.					
15.- Satisfecho con mis relaciones afectivas.					
16.- Una persona práctica.					
17.- Una persona con metas en la vida.					
18.- Activo frente a mis problemas.					
19.- Revisando constantemente el sentido de la vida.					
20.- Generando soluciones a mis problemas.					
YO TENGO					
21.- Relaciones personales confiables.					
22.- Una familia bien estructurada.					
23.- Relaciones afectivas sólidas.					
24.- Fortaleza anterior.					
25.- Una vida con sentido.					
26.- Acceso a servicios públicos.					
27.- Personas que me apoyan.					
28.- A quien recurrir en caso de problemas.					
29.- Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa.					
30.- Satisfacción con lo que he logrado en la vida.					
31.- Personas que me han orientado y aconsejado.					



32.- Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas.					
33.- Personas en las cuales puedo confiar.					
34.- Personas que han confiado sus problemas a mí.					
35.- Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas.					
36.- Metas a corto plazo.					
37.- Mis objetivos claros.					
38.- Personas con quien enfrentar los problemas.					
39.- Proyectos de futuro.					
40.- Problemas que puedo solucionar.					
YO PUEDO					
41.- Hablar de mis emociones.					
42.- Expresar afecto.					
43.- Confiar en las personas.					
44.- Superar las dificultades que se me presenten en la vida.					
45.- Desarrollar vínculos afectivos.					
46.- Resolver problemas de manera efectiva.					
47.- Dar mi opinión.					
48.- Buscar ayuda cuando la necesito.					
49.- Apoyar a otros que tienen dificultades.					
50.- Responsabilizarme por lo que hago.					
51.- Ser creativo.					



52.- Comunicarme adecuadamente.					
53.- Aprender de mis aciertos y errores.					
54.- Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.					
55.- Tomar decisiones.					
56.- Generar estrategias para solucionar problemas.					
57.- Fijarme metas realistas.					
58.- Esforzarme por lograr mis objetivos.					
59.- Asumir riesgos.					
60.- Proyectarme en el futuro.					



.....
.....
.....
.....

6. ¿Tienes buena relación con tus amigos/as?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. ¿Cómo te describirías?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. ¿Te resulta sencillo o complicado afrontar situaciones difíciles?

.....
.....
.....
.....
.....



.....
.....
.....

9. ¿Eres capaz de adaptarte a una nueva situación?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. ¿Qué habilidades tienes?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



ANEXO 3: FICHA DISTORSIONES COGNITIVAS *(Elaboración propia a partir de la información extraída de Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo, 2014)*

En estas situaciones, debes indicar que distorsión cognitiva es la que se da en la persona que experimenta dicha situación.

Una persona con crisis de pánico pensaba: “Me va a dar un ataque al corazón”. Esto lo pensaba cada vez que sentía algo diferente o anómalo. Sin embargo, cada vez que iba urgencias le comunicaban que eran síntomas propios de la ansiedad.

(Inferencia arbitraria)

Un alumno consiguió una buena nota en un examen que llevaba preparando mucho tiempo. Cuando se lo dijo a sus padres ellos le felicitaron, pero el estudiante dijo “cualquiera podría haber sacado una nota como la mía”. En realidad, el examen solo lo aprobaron el 20% de los estudiantes.

(Externalización de la propia valía)

Cuando un estudiante estaba exponiendo un trabajo delante de sus compañeros, y estos hablan entre ellos, la alumna pensó “No les gusta el tema del que les estoy hablando”. En realidad, sus compañeros estaban hablando de ir a tomar algo el fin de semana.

(Lector de mentes)

Una persona deprimida de 20 años tiene dificultades para encontrar trabajo. Por ello se siente culpable. En muchas ocasiones piensa que “debería esforzarse más para encontrar trabajo”. En realidad, su parte de culpa no es muy grande, ya que el mercado laboral le exige una experiencia previa, pero al no contratarle, no puede adquirir dicha experiencia.

(Afirmaciones, “Debería...”)



Un estudiante momentos antes de exponer un trabajo delante de sus compañeros, pensó “No les va a gustar la forma que tengo de exponer”. En realidad, sus compañeros no podían saber si les iba a gustar o no, ya que era la primera vez que exponía delante de sus compañeros.

(Error del adivino)

Un estudiante ha obtenido un sobresaliente en un examen, y ella se dice a sí misma “El profesor se habrá confundido a la hora de corregir el examen”.

(Descalificación de lo positivo)

Una persona cuando estaba con un grupo de amigos se sintió abatido. Mientras él hablaba vio que sus amigos bostezaban, fue entonces cuando pensó “Se están aburriendo porque soy muy pesado”. No tuvo en cuenta que las personas podrían estar cansadas por diferentes motivos.

(Personalización)

Una persona siente que es una mala persona, por lo que concluye que es una mala persona. En realidad, podemos sentirnos así en diferentes situaciones y por diversos motivos, pero son necesarias pruebas para poder calificarnos de esa manera. No vale solo con sentirlo.

(Razonamiento emocional)



Una alumna vio cómo ridiculizaban a unos compañeros de clase y se sintió abatida al mismo tiempo que pensaba “las personas son perversas”. En realidad, era la primera vez que veía ridiculizar a alguien en clase después de varios años.

(Abstracción selectiva)

Un estudiante de último curso de ingeniería de caminos, ha obtenido una mala nota en un examen, y ella se dijo a sí misma “soy tonta”. Había descartado que había pasado por momentos difíciles, ya que su abuelo había caído enfermo, y ella estaba muy afectada por ello.

(Pensamiento dicotómico)

Un marido le dijo a su esposa que “nunca podía contar con ella para cenar”. En realidad, esa esposa hacía mucho tiempo que no llegaba tarde a cenar.

(Sobregeneralización)

Un estudiante cuando sacó una mala nota en un examen se dijo a sí mismo “Ya no podré aprobar este curso”. En realidad, tan solo era un examen parcial de esa asignatura.

(Magnificación)

Una persona regala a su amigo una pelota de futbol. El amigo piensa “en realidad lo hace solo por quedar bien, ella no quiere seguir siendo mi amiga”. En realidad, la amiga le regaló el balón porque la recordaba los buenos momentos que pasaron siendo niños, mientras jugaban al futbol.

(Minimización)

*Los datos que aparecen entre paréntesis, no se deberán mostrar cuando se lleve a cabo la ficha.



ANEXO 4: Hoja de autoregistro (Elaboración propia a partir de la información extraída de Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo, 2014)

Fecha y hora aproximada	Circunstancia	Pensamientos automáticos	Emociones que se han experimentado



ANEXO 5: Ampliación de la hoja de autoregistro (*Elaboración propia a partir de la información extraída de Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo, 2014*)

Fecha y hora aproximada	Circunstancia	Pensamientos automáticos	Emociones que se han experimentado	Razonamiento	Emoción posterior al razonamiento



ANEXO 6: Ficha “poner en duda la evidencia” (*Elaboración propia*)

SITUACIÓN	RAZONAMIENTO
He quemado unas patatas fritas. Soy una inútil en la cocina.	
Sino realizo el trabajo en el orden indicado por los apartados, estará mal hecho.	
Sino sigo estrictamente las reglas que me ha dicho el médico, enfermaré gravemente.	
Debo ser muy competente en mi trabajo, porque de lo contrario seré una fracasada.	
Sino hago este trabajo perfecto, jamás aprobaré.	
Sino soy muy meticulosa en todo lo que hago, no me saldrán bien las cosas.	
El mundo es un lugar muy peligroso.	



ANEXO 7: Ficha de identificación de factores *(elaboración propia)*

SITUACIÓN	QUIÉN	CUÁNDO	CÓMO



ANEXO 8: CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE EL TRASTORNO DISTÍMICO (*Elaboración propia*)

Este cuestionario se responderá de forma anónima, y se debe responder rodeando un número del 1 al 5. Se lleva a cabo con el fin de conocer vuestra percepción sobre la evolución de vuestro trastorno depresivo persistente

**1- MUY EN DESACUERDO 2- EN DESACUERDO 3- DE ACUERDO
4- MUY DE ACUERDO**

ÍTEMS	VALORACIONES			
	1	2	3	4
1. Después de realizar estas sesiones, me encuentro con un mejor estado de ánimo.	1	2	3	4
2. Las sesiones me han ayudado a percibir el mundo de manera diferente, teniendo una visión más positiva de él.	1	2	3	4
3. Estas actividades, me han ayudado a tener iniciativa a la hora de realizar diferentes actividades.	1	2	3	4
4. La intervención llevada a cabo, me ha animado realizar diferentes actividades que me propongan, viéndome capaz de afrontarlas.	1	2	3	4
5. Considero que ahora soy capaz de ver una misma situación desde diferentes puntos de vista, permitiéndome mejorar mi flexibilidad cognitiva.	1	2	3	4
6. Siento que esta intervención me ha ayudado a mejorar mi calidad de vida.	1	2	3	4
7. Gracias a las actividades desarrolladas, puedo convivir mejor con mi trastorno distímico.	1	2	3	4
8. Estas sesiones me han ayudado a aprender y a afrontar mejor las situaciones adversas, pudiendo incluso sacar un aprendizaje de ellas.	1	2	3	4
9. Las actividades planteadas me han ayudado a tomar decisiones con una mayor iniciativa y autonomía.	1	2	3	4
10. Gracias a estas actividades, tengo más confianza en mí mismo a la hora de afrontar situaciones adversas.	1	2	3	4

