



**Universidad
Europea MADRID**

CASO CLÍNICO

**Intervención Cognitivo Conductual en un caso de
trastorno depresivo con sintomatología ansiógena.**

Paciente con un estilo cognitivo reflexivo.

Máster de Psicología General Sanitaria

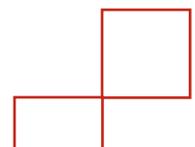
2020/2022

Autora: María Josefa Conejo López

Tutor: Enrique Chacón Ibarra

Campus Villaviciosa de Odón Campus Alcobendas
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid 28108 Madrid
universidadeuropea.com

Avenida Fernando Alonso, 8



Resumen

En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre el trastorno de depresión mayor. Se recogen estudios científicos sobre los posibles factores de vulnerabilidad, los modelos explicativos, los tratamientos con evidencia empírica para su eficacia y los datos estadísticos actuales. Además, se expone un caso clínico de un paciente con trastorno de depresión mayor y sintomatología ansiosa con rasgos de personalidad obsesiva, controladora y reflexiva. Con anterioridad fue diagnosticado de un trastorno de agorafobia, abandonando el tratamiento tras las primeras muestras de reducción de la sintomatología. En el momento actual presenta sentimientos de tristeza, desinterés por la realización de actividades, agitación, nerviosismo, sentimientos de inutilidad, culpabilidad excesiva, dificultad para tomar decisiones, incapacidad para concentrarse e ideación suicida sin plan determinado. Además, muestra sentimientos de rechazo social, y ha experimentado diversos eventos vitales estresantes (desempleo laboral, enfermedad grave y ruptura de pareja), en un periodo corto de tiempo. Se lleva a cabo un tratamiento de enfoque cognitivo conductual, observándose mejoras en el estado de ánimo del paciente. Se han realizado 9 sesiones, de una hora de duración con dos seguimientos posteriores. En este momento la terapia está pausada a petición del paciente. Se aportan reflexiones y conclusiones útiles en relación al tratamiento llevado a cabo, a sus posibles mejoras y a las posibles causas de la pausa, extrayendo información útil para el caso en cuestión y otros posibles casos.

Palabras clave: abandono de la terapia, ansiedad, estudio de caso único, Terapia Cognitivo Conductual, trastorno de depresión mayor.

Abstract

In the present work, a bibliographic review on major depressive disorder is carried out. Scientific studies on possible vulnerability factors, explanatory models, treatments with empirical evidence for their effectiveness and current statistical data are collected, a clinical case of a patient with major depressive disorder and anxious symptomatology with personality traits is presented. obsessive, controlling and reflective. He was previously diagnosed with an agoraphobic disorder, abandoning treatment after the first signs of symptom reduction. At the present time, he presents feelings of sadness, lack of interest in carrying out activities, excitement, nervousness, feelings of worthlessness, excessive guilt, difficulty making decisions, inability to concentrate and suicidal ideation without a determined plan. In addition, he shows feelings of social rejection, and has experienced various stressful life events (job unemployment, serious illness and relationship breakup), in a short period of time. A cognitive behavioral approach treatment is carried out, observing improvements in the patient's mood. 9 sessions have been carried out, lasting one hour with two subsequent follow-ups. At this time the patient's therapy is paused at the request of the patient. Reflections and useful conclusions are provided in relation to the treatment carried out, its possible improvements and the possible causes of the pause, extracting useful information for the case in question and other possible cases.

Keywords: therapy abandonment, anxiety, single case study, Cognitive Behavioral Therapy, major depressive disorder.

Tabla de contenido

Marco Teórico	7
1.- Introducción.....	8
1.1.- Definición.....	8
1.2.- Factores de riesgo para la depresión.....	9
1.3.- Modelos explicativos conductuales y cognitivos	11
1.4.- Epidemiología.....	13
1.4.-Comorbilidad	14
1.5.-Evaluación y diagnóstico	14
1.6.- Tratamientos y eficacia.....	16
Caso clínico	20
2.- Identificación del paciente y motivo de consulta	21
3.-Estrategias de Evaluación	22
3.1.- Instrumentos de evaluación	22
3.2.- Resultados de la evaluación	22
4.- Formulación clínica del caso.	26
4.1.- Descripción detallada del problema	26
4.2.-Análisis funcional del problema.....	27
4.3.-Análisis psicológico del problema	31
4.3.- Conclusiones y diagnóstico	32
5.- Tratamiento	33

5.1.-Objetivos del tratamiento	33
5.2.- Desarrollo del tratamiento	36
6.- Valoración del tratamiento	40
7.- Discusión y conclusiones.....	45
8.- Referencias bibliográficas.....	51
9.- Anexos	63

Marco Teórico

1.- Introducción

El estudio de la sintomatología asociada a la depresión en los individuos está presente desde la antigüedad, ya Hipócrates (460-370 a.C.) estableció una teoría humoral de los cuatro temperamentos básicos, en el que el paciente melancólico tenía mayoritariamente bilis negra. Desde entonces, el estudio de la depresión nos ha permitido conocer la naturaleza de este problema con mayor profundidad y comprender su relevancia social. Hoy en día la depresión es considerada la principal causa mundial de discapacidad, afectando al 5% de la población adulta, contribuyendo de forma importante a la mortalidad (con cifras anuales de 700.000 suicidios al año) (OMS, 2021).

En España los datos no son mejores, un 5,4% de la población presenta un cuadro depresivo, que corresponde a 2,1 millones de personas, de las que 230.000 se consideran graves (INE, 2021). Además, durante la pandemia del COVID-19 se encontró un aumento en los indicadores de salud: un 3,3% muestra poco interés o alegría por hacer las cosas, un 2,8% tiene sensación de estar decaído o deprimido y un 2% en presentar problemas para dormir (INE, 2021).

La depresión presenta una alta heterogeneidad y comorbilidad con otros trastornos que dificulta el diagnóstico y supone un reto para identificar un único modelo explicativo. Las propuestas de intervenciones procedentes de las guías clínicas se fundamentan mayoritariamente en investigación nomotética, lo que puede resultar poco sensible a las necesidades particulares de los pacientes (Castonguay et al., 2019). En este sentido, sería necesario integrar la evidencia basada en la práctica y la práctica basada en evidencia (Fernández-Álvarez et al., 2020), en aras de seguir avanzando para entender este trastorno.

1.1.- Definición

Los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de bajo estado de ánimo, sentimiento de vacío, irritabilidad, cambios somáticos y cognitivos que afectan a la capacidad

del individuo, causando un malestar clínicamente significativo en el funcionamiento laboral, académico, social u otras áreas de la vida de la persona, y que se diferencian entre ellos en la duración, la presentación temporal o la etiología. (APA, 2014).

La última clasificación diagnóstica DSM-5 (2014) especifica cinco criterios, dentro del trastorno depresivo mayor, en el que se detallan nueve síntomas (ver anexo A), de los cuales el paciente debe presentar cinco o más, durante al menos dos semanas. El manual especifica además que al menos uno de ellos debe ser el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer. No deben atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia, u otra afección médica o trastorno mental, y nunca debe haber presentado un episodio maníaco o hipomaníaco. Además, se especificará si se trata de un episodio único o recurrente, la gravedad y el curso.

1.2.- Factores de riesgo para la depresión

El trastorno depresivo mayor es un trastorno multifactorial, de manera que la presencia e interacción entre diversas variables aumentan la vulnerabilidad de padecerlo (Gómez Maquet et al., 2020).

Factores personales y sociales

Se han descrito en la literatura científica diversos elementos personales y sociales como factores de riesgo para la depresión, entre los que se encuentran: los eventos vitales estresantes, tales como el estrés temprano, crónico, continuo, acumulativo y agudo próximo (Hammen, 2015), estrés interpersonal y rechazo social (Slavich e Irwin, 2014), la dependencia a las drogas y al alcohol (Hasin et al., 2005), la migraña (Amoozegar, 2017), las condiciones laborales, económicas y maritales desafiantes (Hammen, 2005), las experiencias adversas en la niñez (McLaughlin et al., 2009; Klumparendt et al., 2019; Kessler et al., 2018), ciertos rasgos de personalidad como el neuroticismo (Barlow et al., 2014), la personalidad dependiente y el

apego inseguro (Hames et al., 2013; McLaughlin et al., 2009), los factores demográficos, el sexo (mayor en el femenino), la edad y el nivel socioeconómico bajo (Seedat et al., 2009), así como factores de historia familiar de depresión, e historial personal de episodios previos pasados (Monroe et al., 2014).

Factores biológicos

Existen factores de vulnerabilidad a la depresión debido a antecedentes de predisposición genética, con una heredabilidad moderada (37%), en base a estudios realizados con gemelos (Sullivan et al., 2000). En los últimos estudios, sobre la asociación entre el polimorfismo de genes candidatos, la mediación del ambiente y los fenotipos de depresión, no se ha encontrado hasta la fecha, una evidencia clara (Border et al., 2019).

Desde el punto de vista de la bioquímica, la depresión es explicada por una deficiencia en la neurotransmisión sináptica, principalmente de la serotonina y noradrenalina, que provoca una hipoactividad aminérgica, aflorando los psicofármacos como tratamiento (Cruzblanca et al., 2016). Existen nuevas investigaciones relacionadas con la depresión y la neuroplasticidad cerebral que conducen a nuevos psicofármacos (Cassano y Argibay, 2010).

Aunque existe una amplia bibliografía de estudios científicos sobre los correlatos neuroanatómicos (disfunción en el hipocampo, de la amígdala, del circuito límbico-talámico-cortisol y disminución de la corteza cerebral), neuroendocrinos (disminución de la segregación de hormonas en el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal) y neurofisiológicos (disfunciones monoaminérgicas) y su relación con del trastorno depresivo mayor, en la actualidad no existe ninguna prueba de laboratorio con la suficiente sensibilidad y especificidad para usarse como herramienta diagnóstica (APA, 2014).

Por otro lado, existen diversos factores que relacionan la depresión con problemas de salud crónica, principalmente relacionados con: enfermedades cardiovasculares, cáncer, dolor

crónico, obesidad, esclerosis múltiple, inmunodeficiencia adquirida y enfermedad renal (Richars y O'Hara, 2014).

Como podemos ver, hay múltiples factores biológicos, pero todavía no hay una explicación que unifique estos hallazgos, se baraja la posibilidad de que se deba a la interacción de factores genéticos con un ambiente estresor en la infancia, el predictor de la atrofia en áreas cerebrales implicadas en la depresión, y en su aparición en la edad adulta (Díaz y González, 2012).

1.3.- Modelos explicativos conductuales y cognitivos

Modelos conductuales

Existen diversos modelos explicativos de la depresión desde una perspectiva conductual. Desde este enfoque, el factor principal para la aparición de este problema son los procesos de aprendizaje individual, a través de interacciones negativas entre la persona y su entorno, como pueden ser las relaciones sociales negativas o la baja tasa de refuerzo (Vázquez et al., 2000). Existen varios modelos conductuales que explican la depresión, algunos de los más relevantes son:

-El modelo de Ferster (1973), que postula que la depresión se caracteriza por una reducción de determinados tipos de actividades y el incremento de otras, reduciendo las actividades gratificantes. Siendo la conducta controlada, mayoritariamente, por el refuerzo negativo (Martell et al., 2013).

-El modelo de la disminución del refuerzo positivo *de Lewinsohn*, hizo hincapié en que la depresión se debe a una reducción, o falta de refuerzo positivo de respuesta contingente. Posteriormente se reformuló este planteamiento proponiendo que la depresión se debe a factores ambientales y disposicionales (Lewinsohn et al., 1985, citado en Martell 2013).

- La propuesta de Rehm con el entrenamiento en autocontrol, explica que la depresión se debe a tasas bajas de auto-refuerzo y tasas altas de auto-castigo. El modelo de Rehm “utilizó la definición de autocontrol de Kanfer (1970) definiéndolo como aquellos procesos por los que un individuo altera la probabilidad de una respuesta en la relativa ausencia de apoyos externos inmediatos” (Rehm, 1977, p. 790).

Modelos Cognitivos

Según los modelos cognitivos, con Beck et al., (1979) como uno de sus principales representantes, explican la depresión como la forma en la que pensamos, en la que procesamos la información del entorno, y en la que transformamos esa información en nuestros esquemas mentales, hecho que nos condiciona a la hora de sentir y actuar. Beck et al., (1979), en su libro “Terapia Cognitiva para la Depresión”, explican el origen de este trastorno a través de la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. Según describen estos autores, la triada cognitiva es el patrón cognitivo a través del cual la persona con depresión se ve a sí misma, ve su futuro y sus experiencias, el esquema es la base por el que se transforman los datos en cogniciones, y los errores sistemáticos en el procesamiento de la información, son la causa por la que se mantienen las creencias negativas a pesar de haber evidencia en contra. Estos errores son: la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista dicotómico.

Esta forma de pensar y de procesar la información ocasiona una vulnerabilidad cognitiva en el desarrollo de la depresión que aflora en situaciones estresantes de la vida, reflejando a menudo pérdida, privación, inutilidad o derrota (Ruiz et al., 2013). Otro dato importante a tener en cuenta son los pensamientos rumiativos ante experiencias negativas (Gotlib y Joormann, 2010).

Albert Ellis, también precursor del enfoque cognitivo, creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (Ellis y Grieger, 1990), nos habla de la distinción entre ideas racionales e irracionales y su contribución en el desarrollo de las emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales.

Hay estudios que confirman la relación entre depresión y control, conduciendo a la incapacidad de inhibir el contenido negativo irrelevante, lo que aumenta la dificultad para 'recuperarse' de los pensamientos negativos (Foland-Ross y Gotlib, 2012).

1.4.- Epidemiología

Según la OMS (2021), la depresión es un trastorno frecuente en el mundo, que afecta a más mujeres que a hombres, se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. Sólo el 13,7 % de los casos con algún trastorno mental recibe tratamiento en los países con ingresos medios-bajos, el 22% en países con ingresos medios-altos y el 36% en los países con ingresos altos (Evans-Lacko et al., 2018).

En Europa el 25% de población sufre depresión o ansiedad, del cual la mitad no se trata, ocasionando que el 40% de los años de nuestra vida tengamos discapacidad, debido principalmente a la depresión, suponiendo un 19,5% de la morbilidad (OMS, 2012).

En España, el 15% de los casos de enfermedad crónica se deben a problemas de salud mental (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2021). Bacigalupe (2020), llega a la conclusión de que el diagnóstico de depresión o ansiedad es superior en mujeres (19,4%) que en hombres (8,5%) en la población española, existiendo desigualdades de género en la salud mental, y un posible proceso de medicalización, en especial de las mujeres.

1.4.-Comorbilidad

La comorbilidad es definida como la presencia de uno o más trastornos en relación con un trastorno índice (van den Akker et al., 1996). En cuanto a los trastornos mentales, la comorbilidad es generalizada, haber sido diagnosticado de un trastorno mental aumenta el riesgo de padecer otro, además hay evidencia de que el riesgo persiste en el tiempo con mayor riesgo si el primer diagnóstico se realiza a una edad temprana (Plana-Ripoll, 2019). Según Echeburúa et al. (2010), la comorbilidad es más la norma que la excepción.

Desde el punto de vista de la comorbilidad con otros trastornos mentales, los trastornos depresivos se asocian con frecuencia: a los trastornos de ansiedad, al trastorno de estrés postraumático, a los trastornos de alimentación, al trastorno de conducta, a los trastornos de personalidad, las disfunciones sexuales, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno por consumo de alcohol (Richards y O'Hara, 2014).

1.5.-Evaluación y diagnóstico

-La entrevista es la técnica más usada, y dada la información que aporta, es una técnica insustituible e indispensable para el psicólogo, que puede utilizar tres tipos de entrevista según su grado de estructuración: libre, estructurada y semiestructurada (Moreno et al., 2005). Debe de recoger información sobre los contextos, situaciones, estímulos, comportamientos (motores, fisiológicos y cognitivos), variables de la persona, del desarrollo y de cualquier cambio que pueda surgir, con el menor nivel de interpretación posible (Muñoz et al., 2019). Entre las áreas de evaluación más significativas se encuentran las autoverbalizaciones, asociadas con diferentes problemas, distorsiones cognitivas, supuestos básicos, actitudes, respuestas emocionales y estilos atribucionales (Ruiz et al., 2013), serán fundamentales las habilidades del entrevistador (características actitudinales, escucha y manejo de las verbalizaciones) para su buen desempeño (Moreno et al., 2005). Las entrevistas estructuradas son el patrón más fiable para el diagnóstico de los trastornos depresivos, como por ejemplo la entrevista SCID-5-CV

(versión clínica) (First et al., 2016) o la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional, CIDI-SF (Kessler, et al., 1998)

-La observación “supone una estrategia particular y deliberada de percibir, con la finalidad de describir, codificar y analizar el comportamiento a evaluar” (Jiménez Gómez, 2009, p.78), se presta especial atención a la conducta verbal, no verbal, conducta espacial y la conducta vocal o extralingüística (Moreno y Anguera, 2005). La observación puede ser realizada por evaluadores entrenados, personas del entorno o el propio paciente.

-En los autoinformes personalizados, se incluyen medidas diseñadas para cada usuario y cada aplicación como, por ejemplo: los registros ABC, diarios, técnicas subjetivas, escalas de metas (Muñoz et al., 2019). Los documentos personales, son considerados estrategias subjetivas, los más representativos son: el método biográfico o historia de vida, los documentos personales y los autoinformes (Jiménez Gómez, 2009).

-Dentro de los autoinformes estandarizados podemos encontrar los cuestionarios psicométricos, los cuestionarios de screening psicológicos y los inventarios (Muñoz et al., 2019). A continuación, se nombran algunos de los más usados: Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II, Beck et al., 1996), adaptada a la versión española por Sanz, et al., (1970); Escala Modificada de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (Miller et al., 1985), adaptada por Ramos- Brieva y Cordero (1986), con nuevas aportaciones sobre su validez y fiabilidad realizada por Ramos-Baviera, et al., (1994); Escala de autoevaluación de la depresión de Zung (Zung, 1965), adaptación española realizada por Aragonés, et al., (2001); Cuestionarios de Pensamientos Automáticos (Hollon y Kendal, 1980, Ingram y Wisnicki, 1988); Escala de síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD, Sandín et al.,2018). También se aporta la Escala de Ideación Suicida (Beck et al., 1979).

Para ayudar en el diagnóstico existen distintas clasificaciones, las más utilizadas son: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-5 (APA, 2014), que incluye criterios diagnósticos, criterios de exclusión y especificadores de gravedad, curso y temporalidad, y la Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad en su onceava revisión, CIE-11 (OMS, 2016).

1.6.- Tratamientos y eficacia

En la actualidad las psicoterapias con evidencia científica en depresión para adultos recomendadas por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) son: la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia de activación conductual y la terapia interpersonal.

La división 12 (Sociedad psicológica clínica) de la Asociación Americana de Psicología (APA) propone tres criterios de apoyo en la investigación (fuerte, modesto y polémico), teniendo en cuenta estos criterios, considera con evidencia empírica para su eficacia los siguientes tratamientos psicológicos (ver tabla1).

Tabla1

Apoyo Empírico para la Depresión.

Terapias	Apoyo	Apoyo	Apoyo
	Empírico	Empírico	Empírico
	1	2	3
Terapia de activación conductual	-	<i>Fuerte</i>	X
Terapia cognitiva para la depresión	-	<i>Fuerte</i>	X
Psicoterapia interpersonal	-	<i>Fuerte</i>	X
Terapia de resolución de problemas	-	<i>Fuerte</i>	X
TCC para la depresión en personas con diabetes	-	<i>Fuerte</i>	X
Terapia cognitiva basada en atención plena	-	<i>Fuerte</i>	X
Sistema de análisis Cognitivo Conductual para la depresión	<i>Fuerte</i>	-	-
Terapia de autogestión/ autocontrol para la depresión	<i>Fuerte</i>	-	-
Terapia centrada en las emociones para la depresión	-	<i>Modesto</i>	X
Terapia de aceptación y compromiso	-	<i>Modesto</i>	X
Mon power: promoting resilience in mother & families	-	<i>Modesto</i>	X
Terapia psicodinámica a corto plazo para la depresión	<i>Modesto</i>	-	-
Terapia racional emotiva conductual para la depresión	<i>Modesto</i>	-	-
Terapia de revisión de vida/ Reminiscencia	<i>Modesto</i>	-	-
Terapia de autosistema para la depresión	<i>Modesto</i>	-	-

Nota. 1: sin año de referencia. 2: En el año 1998. 3: En el año 2015 pendiente de revisar

Fuente: División 12 de la APA (2015).

Otros estudios científicos sobre la efectividad de los tratamientos para la depresión, Cuijpers et al. (2013), obtienen resultados sobre la eficacia de la TCC, siendo significativamente más eficaz que la lista de espera ($g=0.83$), el placebo ($g= 0.51$) y otros tratamientos habituales ($g=0.59$), en el que se incluyen intervenciones diversas y psicofármacos, estos resultados muestran un tamaño del efecto de moderado a grande, siendo igual de eficaz en pacientes con sintomatología grave, del mismo modo compararon la eficacia de la TCC respecto a los antidepresivos, no encontrando diferencias significativas, con un tamaño del efecto casi nulo ($g= 0.03$), estos resultados se obtuvieron independientemente del instrumento utilizado, de la medicación antidepresiva, del tipo de TCC utilizada y del procedimiento para reclutar a los pacientes. Por otro lado, Barth et al. (2013), realizaron un metaanálisis clásico y otro en red, obteniendo resultados en el metaanálisis en red que mostraban beneficios significativamente mayores en siete psicoterapias (TCC, activación conductual, terapia interpersonal, terapia de solución de problemas, terapia psicodinámica, entrenamiento en habilidades y consejo psicológico), que en la condición de lista de espera, con un tamaño del efecto de moderado a grande, en el que la TCC obtuvo los resultados más significativos en ambos metaanálisis, manteniéndose los resultados en todas las psicoterapias en pacientes con sintomatología grave, a excepción del entrenamiento en habilidades sociales.

En cuanto a la elección del tratamiento, Cuijpers et al. (2020), encontraron que el tratamiento combinado es más eficaz que la psicoterapia sola (RR = 1,27; IC del 95%: 1,14-1,39) y la farmacoterapia sola (RR = 1,25; IC del 95%: 1,14-1,37), teniendo la misma efectividad la psicoterapia que la farmacología como tratamientos únicos (RR = 0,99; IC del 95%: 0,92-1,08). Sobre la elección del tratamiento, los pacientes prefieren el tratamiento combinado a la farmacoterapia sola, y la psicoterapia sola, a la farmacoterapia (McHugh et al., 2013). Por tanto, el tratamiento combinado puede ser la mejor opción tanto en términos de

eficacia como de aceptabilidad, siendo la farmacoterapia la menos aceptada (Cuipers et al., 2020)

En relación a la remisión de los síntomas, el tratamiento combinado es significativamente superior (RR = 1,17; IC del 95%: 1,02-1,32), y la psicoterapia, como único tratamiento, es más efectiva que la farmacoterapia. (RR = 1,23; IC del 95%: 1,05-1,45), obteniéndose los mismos resultados en depresión crónica y resistente al tratamiento (Husain et al., 2019).

Johnsen y Friberg (2015), demuestran tras llevar a cabo un metaanálisis, que al finalizar la TCC, el 56% de los pacientes se consideran recuperados, considerando una puntuación en el Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1996) menor de 10 o incluso a 7.

Por otra parte, la alianza terapéutica, entendida como la colaboración entre paciente y terapeuta en una relación consciente que involucra acuerdos, es importante tanto en el desarrollo del proceso terapéutico como en los resultados finales del tratamiento (Migue- Álvaro y Panadero, 2021). Es un predictor significativo para reducir el riesgo de recaídas (Weck et al., 2013).

Caso clínico

¿Qué tratamiento es más eficaz para esta persona con este problema específico y bajo estas circunstancias?

(Paul, 1967).

2.- Identificación del paciente y motivo de consulta

Los datos personales que se aportan en el siguiente estudio, no hacen referencia a información que pueda identificar a la persona del presente caso clínico, al que se le nombrará desde este momento como M.

M., es un hombre de 38 años de edad, soltero, sin hijos, que en la actualidad vive con sus padres en una zona de nivel económico medio-bajo de Madrid. Tiene una hermana 2 años menor que él, independizada del núcleo familiar. Manifiesta que no tiene una relación estrecha con su familia. Se define como una persona “impulsiva, insegura en contextos sociales, con altibajos emocionales, dificultades para mantener las relaciones sociales a largo plazo, nerviosa, ambivalente, tenaz, organizada, con habilidades comunicativas, de análisis, de reflexión y capacidad de esfuerzo”.

A nivel laboral su ocupación, mayoritariamente, ha sido mozo de almacén y conductor. Posee estudios de grado superior de administración de empresas, formación que realizó del 2014 al 2017 con perspectivas de mejora laboral. En este momento se encuentra en desempleo y búsqueda activa desde hace 4 años.

En el año 2014 acudió por primera vez a terapia, debido a un trastorno de agorafobia y miedo intenso a volar. Se llevó a cabo un tratamiento de enfoque cognitivo conductual con abandono durante la fase de tratamiento, aunque con disminución significativa de la sintomatología motivo de consulta.

El paciente acude de nuevo a consulta, con el mismo terapeuta, a inicios de septiembre de 2021 por voluntad propia. Refiere tener sentimientos de tristeza la mayor parte del día, desinterés por la realización de las actividades que le son gratificantes, dificultades para conciliar el sueño, agitación, nerviosismo, sentimientos de inutilidad, culpabilidad excesiva,

dificultad en la capacidad de tomar decisiones, incapacidad de concentrarse, e ideación suicida recurrente sin un plan determinado. Comenta hacer un uso compulsivo de sustancias principalmente los fines de semana. Todos estos síntomas han estado presentes los últimos meses y representan un cambio en el funcionamiento de su vida diaria.

El paciente manifiesta que durante los últimos años ha recordado las pautas que el terapeuta le proporcionó en su momento, y que le sirvieron para mantenerse con buen estado de ánimo durante un tiempo prolongado. Añade que desde hace unos años siente inseguridad debido a su situación laboral y no tener pareja, se siente “fracasado” y dependiente de su familia. Señala que los síntomas depresivos se han acentuado durante los últimos meses antes de acudir a consulta.

3.-Estrategias de Evaluación

3.1.- Instrumentos de evaluación

La fase de evaluación se prolongó 4 sesiones, en las cuales se llevaron a cabo entrevistas de una hora de duración. Se aplicó la entrevista semiestructurada (Muñoz, 2019), además, se recogió información de la observación de M., durante las sesiones, y se recabó información valiosa y pertinente a través de escritos narrativos, que aportaba el paciente, en forma de diario reflexivo, registrando lo ocurrido durante la semana.

3.2.- Resultados de la evaluación

Entrevista Semiestructurada

La recogida de información versó sobre: las conductas problema, las condiciones socio-ambientales, actuales y pasadas, así como las condiciones personales que pudieran estar asociadas al problema, con el objetivo de conocer la problemática con profundidad y poder plantear una intervención ajustada a la demanda y necesidades del paciente, mediante el establecimiento de las primeras hipótesis.

Los datos recogidos en la entrevista se exponen tanto en la descripción del caso, como en el análisis de las hipótesis de trabajo del paciente y en las áreas que se desarrollan a continuación:

Área familiar: el paciente retorna a la casa familiar en la que convive con sus padres, tras una ruptura sentimental que tiene lugar el año 2020 (tras el confinamiento por el COVID-19). La relación familiar, según indica, es distante, no hay una comunicación profunda, conviviendo sin proximidad emocional. Existen discrepancias de opiniones lo que provoca discusiones ocasionales. Describe a sus padres como personas tradicionales de “mentalidad obrerita”, sin ambiciones. No tiene una relación estrecha con su hermana ni con la familia extensa. Durante la adolescencia hubo conflictos que erosionaron la relación derivando en un “dejar hacer” y un distanciamiento que se mantiene a fecha actual. Refiere sentirse juzgado, no valorado y tener sentimientos de haber decepcionado a su familia.

Área sentimental: sufre una ruptura de pareja 8 meses antes de acudir de nuevo a terapia. La decisión fue de mutuo acuerdo por constantes conflictos. M, dice que añora tener pareja con quién tener un proyecto en común. Habla de sentimientos de soledad.

Área laboral: Durante su época laboral desempeña diversos trabajos sin ser empleos plenamente satisfactorios. Tiene altas expectativas laborales relacionándolas con el estatus social y la validación de los otros. Intenta encontrar trabajo de “oficina” sin éxito. Durante el tiempo que lleva desempleado, sólo ha encontrado trabajos temporales, desempeñando su labor en empresas con ambientes competitivos y estresantes.

Relaciones sociales: cuenta con un amplio número de amigos, que ha variado a lo largo del tiempo, y que le definen como “especial” resaltando su forma de comunicación, en la que utiliza un amplio vocabulario con numerosos tecnicismos, resultando poco natural en ambientes informales. Tiende a hacer comparaciones y a sentirse fracasado al verlos “avanzar”

(tener familia, hijos y un trabajo). Evita quedar con ellos y prefiere relacionarse con aquellos que están en una situación parecida a la suya. Refiere que mostrarse siempre correcto le hace “ser aburrido” y siente que no le echan de menos. Señala no sentirse apreciado ni valorado por su grupo de amigos, y que desde la preadolescencia hace intentos por ser aceptado.

Actividades y aficiones: Le gusta hacer senderismo, escuchar música, leer, practicar inglés y hacer ejercicio. La práctica de estas actividades ha disminuido. La mayoría de las veces suele realizarlas en soledad. Convierte sus aficiones en temas en los que se hace “experto” en la materia, disfruta mostrando sus conocimientos.

Salud: fue diagnosticado de cáncer testicular, que conllevó a una intervención quirúrgica y tratamiento de quimioterapia durante 3 meses, actualmente se encuentra en remisión. Ante esa situación M., presentó un estilo de afrontamiento pasivo, con conductas de evitación, minimizando la enfermedad y centrándose en el desempeño del trabajo temporal que estaba realizando. Bebe y fuma compulsivamente, con intentos de autocontrol sin éxito, estas conductas hacen que después tenga sentimientos de culpa. Fue diagnosticado de agorafobia, recibiendo terapia psicóloga, con un curso en la actualidad de remisión.

Área personal: El paciente presenta rasgos obsesivos en cuanto al perfeccionismo y el control, con un funcionamiento cognitivo altamente reflexivo y rumiativo, un estilo de afrontamiento evitativo y baja tolerancia a la incertidumbre.

Se destaca que durante el proceso de evaluación se valoró la letalidad de la ideación suicida, descartando la peligrosidad de la misma puesto que el paciente no mostraba signos de planificación o deseo intenso de morir.

Diarios reflexivos

Los registros de evaluación mediante estrategias de auto-observación han sido claves en este caso. El paciente aportaba en cada sesión un documento personal en forma de

autorregistro narrativo, en los que recoge sus vivencias, sus pensamientos, emociones, la puesta en práctica de las tareas enviadas para casa y las dificultades o situaciones exitosas encontradas en su día a día. Se aporta la transcripción de algunos fragmentos de interés (ver anexo B). Tanto el contenido de los escritos, como la forma de expresarse y el lenguaje utilizado, han dado información relevante para el caso.

Observación no sistemática

La observación de la conducta del paciente durante las sesiones aporta una información muy valiosa (Carvajal et al., 2018). Durante su desarrollo M., tiende a evitar el contacto visual con el terapeuta, presenta ausencia de sonrisa, el ritmo de su discurso es ágil, con verborrea, pausándolo cuando quiere buscar la forma más apropiada de expresarse. Muestra su nerviosismo mediante el movimiento de las manos, los pies y las hojas de su diario reflexivo, a las que se aferra y entrega una vez finalizada la sesión. Tras el transcurso de las semanas se observa una mayor atención a su aspecto físico, siendo más cuidado y acorde a la situación de mejora que el propio paciente refiere.

Sus conductas obsesivas y de control se muestran cuando en repetidas ocasiones vuelve a releer su escrito para hablar de algo que tiene anotado. Es estricto con el tiempo y la puntualidad, mostrando su malestar si el inicio de la sesión se retrasa, aunque le cuesta darla por finalizada, no interpretando las señales de que el tiempo ha finalizado. Le gusta hacer anotaciones, una vez finaliza la sesión, sobre el proceso de la terapia, que relee una y otra vez entre sesiones. En una ocasión sacó un cuaderno y un boli durante la sesión, para tomar notas, sin llegar a realizar ninguna anotación.

4.- Formulación clínica del caso.

4.1.- Descripción detallada del problema

Remontándonos a la adolescencia del paciente, la recuerda como un momento de continuos conflictos familiares, que desde aquel momento erosionaron la relación. Durante el mismo periodo de tiempo sufrió las primeras decepciones con los amigos, hecho que según indica se ha repetido a lo largo de los años. Ha cambiado de amigos con frecuencia, pasando de un grupo a otro “sin pena ni gloria”. Señala desde entonces, no sentirse aceptado, valorado, ni comprendido, originando un sentimiento de rechazo social

A nivel sentimental en el año 2020 comenzó una relación. Inician la convivencia durante el confinamiento del COVID-19, tras el cual la finalizan, la decisión la toman de mutuo acuerdo, por diferencias irreconciliables. Actualmente, ha regresado al domicilio familiar. En varias ocasiones M., manifiesta sentirse solo y añora tener una pareja con la que compartir un proyecto de vida.

En el ámbito laboral desea un cambio, lo que le ha llevado a ampliar su formación. Busca empleo en el sector de gestión y administración de empresas desde el año 2017. Transcurren dos años, hasta que es contratado, por primera vez, como administrativo con carácter temporal, para realizar una suplencia con posibilidad de continuidad. Recuerda la situación como estresante, sintiéndose inseguro y desbordado debido la carga de trabajo y a su esfuerzo por desempeñar sus funciones de forma óptima. Manifiesta que era una oportunidad que no podía desaprovechar. Esta situación le provoca altos niveles de estrés y ansiedad, visibles a nivel físico por otras personas. El desarrollo de este trabajo coincide en el tiempo con el diagnóstico de un cáncer testicular. M., indica que el deseo de demostrar su valía en el trabajo y de ser contratado hizo que minimizara la gravedad del problema, llegando a no seguir las indicaciones médicas. Durante la fase de administración del tratamiento de quimioterapia debe permanecer ingresado una semana en el hospital, y las dos semanas siguientes debe

permanecer de reposo en casa, contradice las recomendaciones de los sanitarios y durante las semanas de descanso decide seguir trabajando. Recuerda que en aquella temporada sentía un estrés intenso, se esforzó por conservar el empleo y recibió presiones para que cuidara más su salud. Sin embargo, una vez se reincorpora la persona a la que estaba supliendo es despedido, sintiéndose defraudado y no valorado. Posteriormente ha realizado varios trabajos temporales, con malas condiciones laborales, ambientes estresantes y conflictos entre compañeros. Lleva a cabo múltiples intentos por encontrar trabajo, dedicando la mayor parte de su tiempo a esta actividad. Ha postulado a múltiples ofertas de empleo siendo su candidatura rechazada en múltiples ocasiones. Su situación de desempleo se alarga en el tiempo creando malestar aumentando la incertidumbre sobre su futuro, y reduciendo la percepción de su valía personal. Cree que no va a ser capaz de independizarse.

Realiza comparaciones con las personas de su alrededor quedando en peor posición. Evita a ciertos amigos aislándose cada día más. En un intento de alejarse de todo y evitar el contacto con su entorno se marcha a buscar trabajo a Burgos. Al poco tiempo regresa sin éxito, confirmando las ideas distorsionadas sobre su valía

M., refiere que ha aumentado el consumo de alcohol y de tabaco de forma compulsiva, principalmente los fines de semana, y últimamente ha empezado a beber en soledad, indiferentemente del día de la semana, sin control de la situación. A posteriori dice tener sentimientos de culpabilidad.

4.2.-Análisis funcional del problema

En este apartado se desarrolla en primer lugar, las variables disposicionales, definidas como: las condiciones del organismo y del entorno que tienen la propiedad de modificar el valor de los elementos, favoreciendo o dificultando que una determinada relación funcional se establezca (Froxán et al., 2020), (ver tabla 2).

Tabla 2

Variables Disposicionales

1.- Deseabilidad social.

2.- Regreso a la casa familiar.

3.- Déficit en habilidades sociales: déficit para establecer relaciones interpersonales profundas y duraderas. Resolución de conflictos.

4.- Escaso apoyo social: relación familiar conflictiva, poco emotiva y cercana, relaciones de amistad poco estables y profundas.

5.- Reglas verbales: sobre su valía, su autoeficacia, lo que se dice cuando se compara, sobre ser apreciado, y querido.

6.- Rasgos de personalidad: obsesiva, perfeccionista, controlador, reflexivo.

7.- Estilo de procesamiento rumiativo.

8.- Historia de aprendizaje: Estilo de afrontamiento evitativo, falta de modelos en las relaciones interpersonales profundas.

9.- Salud: trastorno de agorafobia.

10.- Cultura familiar: conformismo laboral “mentalidad obrerita”.

Fuente: elaboración propia con base en datos de Froxán et al. (2020).

A continuación, se muestra el análisis topográfico (tabla 3), en el que detalla las conductas problema del paciente.

Tabla 3

Análisis Topográfico del Problema de Conducta.

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
<p>Lejanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trabajo no satisfactorio en relación a sus expectativas. -Relación familiar distante, conflictiva, con poca comunicación. -Relaciones de amistad poco duraderas y superficiales. -Rasgos de personalidad obsesiva, perfeccionista, controladora de la situación y reflexiva. -Impulsividad. <p>Desencadenantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desempleo. Enfermedad grave (cáncer testicular). Ruptura de pareja. 	<p>Nivel cognitivo</p> <p>Pensamientos rumiativos en relación a su valía personal y autoeficacia: “soy un fracasado”, “todos avanzan menos yo”, “No valgo para esto” “No sé hacerlo”,</p> <p>Pensamientos catastrofistas sobre su futuro: “No voy a ser independiente económicamente “soy mayor para encontrar trabajo sin experiencia”.</p> <p>Pensamientos anticipatorios negativos: “no me van a seleccionar”, “No sé nada todavía, seguro que me rechazan”</p> <p>Pensamientos negativos sobre su aceptación: “no soy apreciado” “No me van a querer” “debería aceptarme”.</p> <p>Esquemas distorsionados: “sin un buen trabajo no voy a encontrar pareja”.</p>	<p>Corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alivio y reducción del malestar R-. -Sensación de control R+. <p>Largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminución del placer y alegría. - Reducir la percepción de valía personal. -Confirmación de esquemas disfuncionales sobre sí mismo, su futuro y su entorno. -Confirmación de creencias sobre su falta de control y baja autoeficacia. - Indefensión y confirmación de roles establecidos de “vago” o “fracasado”. - Deterioro de las relaciones interpersonales y -Aumento de la sensación de soledad. -Aislamiento.

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
<p>Próximos.</p> <p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajos temporales en empresas con ambiente laboral estresante, implicación y desempeño no valorado. -Sus amigos hacen planes sin contar con él. - Evento social con asistencia de amistades que considera en mejor situación que él y su expareja. -Rechazos de candidaturas laborales. -Comentarios o acciones de no valía de sus padres (tratarle como a un niño. Ej: no dejarle hacer quehaceres del hogar o premiarle por poner el lavavajillas). <p>Internos:</p> <p>Pensamientos sobre su incapacidad.</p> <p>Sentir que no tiene el control sobre su situación ni sobre sus pensamientos.</p>	<p>Nivel fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Llanto. -Tensión muscular. -Aceleración cardiaca. -Inquietud motora. -Alto nivel de activación. <p>Nivel emocional</p> <p>Nerviosismo, miedo, ansiedad frustración, tristeza, estrés, incomprendido, inseguridad, culpa, soledad, decepción y fracaso, preocupación, Incertidumbre.</p> <p>Nivel conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> -beber y fumar compulsivamente. -Búsqueda compulsiva de empleo. -Discutir con sus padres. -Evitar a ciertos amigos. -No asistir a eventos sociales que pueden ser incómodos. -Estar solo en su habitación. -Disminución de actividades gratificantes (senderismo, escuchar música, hacer ejercicio, practicar inglés). 	<p>Largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aumento en los sentimientos de culpa. -Mayor sentimiento de Tristeza, e insatisfacción vital.

Fuente: elaboración propia.

4.3.-Análisis psicológico del problema

A continuación, se plantean la hipótesis de origen y la hipótesis de mantenimiento de las conductas problema del paciente.

Hipótesis de origen

El origen de la conducta problema de M., está relacionado con el estrés interpersonal y la percepción de rechazo social, que tiene el paciente desde su adolescencia, sintiéndose incomprendido, no apreciado ni querido tanto por su familia como por sus amigos. En esta situación ha influido el déficit de habilidades sociales en cuanto a establecer relaciones satisfactorias, cercanas y duraderas, así como su déficit en la resolución de conflictos. Su historia de aprendizaje ha hecho que ante estas dificultades y conflictos mantenga un estilo de afrontamiento evitativo, lo que le ha llevado a pasar por distintos grupos de amigos y a establecer una comunicación con su familia superficial para evitar conflictos. El carecer de modelos apropiados ha hecho que no pudiera corregir estas deficiencias. A todo esto, hay que unirle otros factores personales como son: tener una personalidad con tendencia al control, y a la hiperreflexibilidad, un estilo de procesamiento rumiativo, así como factores demográficos y socioeconómicos estar dentro de la franja de edad de mayor incidencia, tener un nivel socioeconómico bajo, y haber sido diagnosticado de un trastorno de ansiedad. Existen además varios estresores acumulados como: el desempleo, padecer una enfermedad grave y una ruptura sentimental, con una alta sensación de incertidumbre hacía su futuro.

Todos estos factores unidos a las comparaciones que lleva a cabo, han derivado en sentimientos de inferioridad que han ocasionado que el paciente ponga en marcha conductas relacionadas con aumentar el estatus social (búsqueda de pareja y un trabajo mejor remunerado). Sin embargo, la situación de desempleo mantenida en el tiempo, y el retorno a la casa de sus progenitores, provocó en el paciente la confirmación de esquemas disfuncionales de autoevaluación.

Hipótesis de mantenimiento

La problemática de M., se mantiene debido a las conductas de evitación que realiza el paciente con la función de eliminar el malestar. La búsqueda de empleo compulsiva sin éxito, los pensamientos anticipatorios negativos y catastrofistas, confirman los esquemas disfuncionales del paciente sobre su autoconcepto y su autoeficacia. Marcharse a otra ciudad para evitar el contacto con su entorno, discutir con sus padres, compararse y evitar amistades, le aíslan cada vez más, reduciendo y perdiendo reforzadores. Beber y fumar de forma compulsiva perdiendo el control de la situación, como intento de acallar a sus pensamientos y como forma de evadirse, le hacen aumentar sus sentimientos de culpa. Todas estas conductas a largo plazo mantienen y aumentan su sentimiento de tristeza e insatisfacción vital.

4.3.- Conclusiones y diagnóstico

A partir de la realización de la evaluación y tras realizar el análisis psicológico del problema, mediante el establecimiento de la hipótesis de origen y la hipótesis de mantenimiento, así como del análisis funcional de la conducta problema y teniendo en cuenta el juicio clínico del terapeuta, se llega a la conclusión de que el paciente cumple los criterios de un trastorno depresivo mayor, de episodio único de tipo moderado, con ansiedad leve 296.22 (F32.1), según la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento en su undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) y la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5 (APA, 2014).

Teniendo en cuenta la evaluación realizada se establece un plan personalizado ajustado a las necesidades y demanda del paciente.

5.- Tratamiento

5.1.-Objetivos del tratamiento

A continuación, se presenta el plan terapéutico, con la propuesta de objetivos en relación a las conductas identificadas y las técnicas a utilizar (ver tabla 5).

Tabla 5

Objetivos y Propuesta de Intervención.

CONDUCTAS IDENTIFICADAS	OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para comprender el origen y el mantenimiento de sus dificultades. - Dificultades en la identificación de emociones, pensamientos y cadenas conductuales 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumentar la conciencia de problema y la comprensión sobre su sintomatología. Entender qué es la depresión y la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoeducación. -Uso de metáforas. -Manejo de pensamientos desadaptativos. -Técnica basada en imaginación (Defusión cognitiva)
<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza, pensamientos negativos, mirada baja, sensación, falta de energía y llanto (casi cada día según el paciente durante las semanas previas al inicio de la evaluación). - Ausencia de actividades gratificantes: por ejemplo, no realiza ejercicio físico, disminución de actividades sociales. -Verbalizaciones sobre la sensación de “fracaso vital”. - Atención centrada en elementos negativos y aspectos desfavorables. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar el estado de ánimo: - Disminuir el llanto y la tristeza. - Mejorar la evaluación sobre sí mismo y sus logros. - Realizar actividades gratificantes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Planificación de actividades placenteras -Manejo de pensamientos desadaptativos. -Cambiar la narrativa de su vida, uso del lenguaje. -Entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables (savoring). -Técnica basada en imaginación (Defusión cognitiva)

CONDUCTAS IDENTIFICADAS	OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos y verbalizaciones repetitivos, rumiativos y centrados en la queja. 	<p>-Desarrollar reglas y verbalizaciones adaptativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificación de pensamientos Irracionales. -Reestructuración cognitiva. -Moldeamiento verbal. -Pruebas de realidad. -Uso de metáforas. -Conciencia plena a los pensamientos.
<ul style="list-style-type: none"> - Minusvaloración de los logros obtenidos, dificultades para considerar logros parciales. - Atención centrada en el resultado en contraposición con el proceso. - Pensamientos anticipatorios de ansiedad ante situaciones de incertidumbre. - Sensación de tener dificultad para “parar los pensamientos”. 	<p>-Manejar rumiaciones y auto-observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Modificar las autoexigencias. -Disminuir la necesidad de control y aumentar la tolerancia a la incertidumbre. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reestructuración cognitiva. -Atención a la experiencia. -Regla 2 minutos.
<p>Tener la sensación de que no es apreciado por sus amigos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mostrarse poco natural en las relaciones interpersonales “parecer aburrido”. -Conflictos interpersonales 	<p>Mejorar las habilidades instrumentales</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales. Resolución de conflictos.</p>

CONDUCTAS IDENTIFICADAS	OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Consumo varias veces a la semana de grandes cantidades de alcohol en poco espacio de tiempo: varios litros de cerveza y bebidas de alta graduación que provocan intoxicaciones agudas. - Consumo intermitente de tabaco en solitario o en ocio nocturno (hasta 20 cigarrillos en un día). - El consumo se mantiene a pesar de esfuerzos y expectativas sobre su eliminación mediante conductas de impulsividad. 	<p>-Disminuir o eliminar el consumo compulsivo de sustancias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Control estimular. -Exposición en imaginación. -Role Playing. -Exposición en vivo. -Relajación. -Actividad competitiva.
<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos recurrentes de devaluación sobre sí mismo. - Pensamientos de comparación con los demás, siempre que valora la situación de los demás por encima de la suya. - Consideración hacia sí mismo como “fracasado, vago, impulsivo”. 	<p>-Aumentar y mejorar su autoestima, autoconcepto y autoaceptación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Reestructuración cognitiva. -Entrenamiento en autorrefuerzo.
<p>-Consolidación y generalización de lo aprendido</p>	<p>-Prevenir recaídas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Plantear un plan de afrontamiento ante una posible recaída. Repaso y puesta en práctica de lo aprendido.

Fuente: elaboración propia.

5.2.- Desarrollo del tratamiento

En total se han llevado a cabo 9 sesiones, siendo las 5 primeras sesiones de temporalidad semanal, y las 4 sesiones restantes de temporalidad quincenal. Este distanciamiento de las sesiones se realizó a petición del paciente, que según refirió, necesitaba tiempo para poder asimilar lo trabajado en la consulta, a fecha actual se ha parado la terapia de forma temporal, por el mismo motivo (la necesidad de tiempo para la asimilación). Tras la pausa, se han mantenido dos contactos de seguimiento. Todas las sesiones se inician con la lectura del diario reflexivo del paciente y el posterior comentario (ver tabla 6).

El paciente ya había trabajado con anterioridad con el terapeuta, por lo que desde el primer momento se estableció una buena alianza terapéutica. Se mostró colaborador, con una actitud abierta a la intervención y deseos de mejorar su situación.

Tabla 6

Cronograma de las Sesiones.

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS
1 y 2	-Realizar la evaluación inicial y establecer el marco terapéutico	-Entrevista (Muñoz,19)
3	-Continuar con la evaluación inicial. -Aumentar la conciencia del problema y la comprensión sobre su sintomatología. Entender que es la depresión y la ansiedad -Mejorar el estado de ánimo. Desarrollar reglas y verbalizaciones adaptativas y manejo de los pensamientos rumiativos.	-Entrevista Muñoz. -Evaluación de la ideación suicida. -Psicoeducación. -Técnica basada en imaginación (Defusión cognitiva). Tarea casa: Conciencia plena a tus pensamientos
4	-Continuar con la evaluación inicial. -Mejorar estado de ánimo.	-Entrevista Muñoz. -Establecimiento de objetivos terapéuticos. Tarea casa: Programación de actividades.
5	-Desarrollar reglas y verbalizaciones adaptativas y manejo de los pensamientos rumiativos. -Manejar rumiaciones y auto-observaciones. Disminuir la necesidad de control y aumentar la tolerancia a la incertidumbre.	-Devolución del análisis funcional. -Debate de creencias basado en metáforas. (metáfora laberinto) -Técnica reconceptualización alternativa.
6	-Disminuir o eliminar el consumo impulsivo de sustancias.	Técnica reconceptualización alternativa. Tarea casa: No fumar ni beber durante un mes.
7	-Manejar rumiaciones y auto-observación:	Exploración historia de vida Técnica en imaginación (metáfora pez) Tarea Casa: Exploración en imaginación.
8	-Mejorar las habilidades instrumentales. -Modificar autoexigencias, necesidad de control y tolerar incertidumbre.	-Entrenamiento en habilidades sociales. .Ensayo real en sesión. Tarea casa: Entrenamiento en habilidades sociales.
9	- Disminuir la necesidad de control y aumentar la tolerancia a la incertidumbre.	-Feedback terapéutico..

Fuente: elaboración propia.

Sesión 1 y 2: El paciente empieza la sesión con la lectura de su diario reflexivo, todas las sesiones se inician así, el resto de tiempo se destina a la entrevista de evaluación.

Sesión 3: Se explora la ideación suicida, comprobando que no existe un método ni un plan organizado, no hay intentos previos ni deseo como tal de muerte. Además de recoger información se empieza a poner en marcha la técnica de psicoeducación para mejorar la consciencia en el paciente sobre su sintomatología, problemática y entender qué es la depresión y la ansiedad. Se complementa con un ejercicio “La leona y la sabana”, de la técnica basada en la imaginación, en el que se pide al paciente que se imagina una situación concreta, a partir de la cual se explora como podemos dirigir nuestros pensamientos o dejar que libremente pasen por mi cabeza, y cómo esos pensamientos influyen en nuestras emociones y en las conductas que realizamos. Para casa se le manda la tarea de realizar cada día durante *5-10 minutos un ejercicio de conciencia plena “ventana a mis pensamientos”, en el que se le pide que intente observar, sin juzgar, sus pensamientos.*

Sesión 4: durante esta sesión se da por finalizada la entrevista de evaluación. Se establecen los objetivos terapéuticos, de forma consensuada, acordando que durante el proceso se trabajará primero para mejorar el estado de ánimo, acompañado de un sentimiento de fracaso y frustración para continuar trabajando a un nivel más profundo sobre la autoestima, el autoconcepto y la autoimagen. Se pide al paciente que en casa establezca una programación de actividades, estableciendo un tiempo diferenciado entre la búsqueda de empleo y el tiempo para el disfrute.

Sesión 5: se lleva a cabo la devolución del análisis funcional, con el objetivo de seguir trabajando la comprensión de la problemática y las conductas mantenedoras de la situación. Mediante la técnica basada en imaginación y un estilo de debate metafórico, se lleva a cabo un ejercicio sobre la metáfora “del laberinto” haciendo una analogía con ciertas conductas que

mantienen o acentúan el problema, además a través de este ejercicio, nos exponemos a situaciones sobre las que no tenemos el control, aumentando la tolerancia de la incertidumbre.

Sesión 6: tras la lectura del diario reflexivo, en que gran parte del escrito se destina a su conducta de consumo de alcohol y tabaco, se continúa explorando y hablando sobre este tema, se exploran los posibles estímulos discriminativos, la frecuencia, duración y las emociones que le hacen sentir antes, durante y después. La tarea para casa de esta semana es intentar experimentar las situaciones ansiógenas sin recurrir a la bebida o el tabaco estableciendo un periodo de un mes sin consumir.

Sesión 7: se explora su historia de vida, haciendo un recorrido por aquellos momentos significativos en su vida, mediante una proyección temporal, se observa la propia vida, normalizando la existencia de momentos designados como buenos y menos buenos, con el fin de intentar disminuir las propias exigencias sobre cómo debe sentirse o pensar, y la incertidumbre de las situaciones. En relación a este objetivo, también se utiliza la metáfora “El pez entre las manos”. Como tarea de casa, se le pide que lleve a cabo, una estrategia en imaginación sobre los momentos de su vida en los que ha tenido un mejor estado de ánimo y se ha sentido seguro y que detecte qué cualidades le acompañaban.

Sesión 8: en esta sesión se ponen en marcha ejercicios prácticos de entrenamiento en habilidades sociales. En concreto se le pide al paciente que cuente un cuento en un breve periodo de tiempo, con inicio, desarrollo y fin. En otro ejercicio se trabaja la espontaneidad, se le pide al paciente que, por turnos, diga la primera palabra que se pase por la cabeza sin relación a la palabra anterior. Por último, se pide otro ejercicio que consiste en hablar sobre un tema sin pensar mucho sobre lo que se dice. Como tarea para casa: se le pide que durante una semana, cuando mantenga una conversación, no diga más de tres frases seguidas.

Sesión 9: el paciente relata su mejoría, y la conclusión a la que ha llegado a lo largo de las semanas de tratamiento, sobre aceptarse tal cual es. Tras esta sesión se programa la siguiente sesión, como se hacía habitualmente., llamando para cancelarla y pausando de forma temporal el tratamiento.

Sesión 10: La sesión es **cancelada**. A continuación, se muestra el mensaje textual del paciente:

“Buenos días, quería comunicarte que de momento no voy a seguir con la terapia. Me apetece dedicar estas semanas de tregua para vivir la vida lo más normal posible. Volveré cuando considere que lo necesito con más intensidad. Me he dado cuenta estas semanas de que no merece la pena cambiar lo que soy, que convivir con la inseguridad, la ansiedad y la indecisión es un buen camino. Los mensajes positivos que me mando pueden ayudar puntualmente a relativizar las cosas malas, pero no van a cambiar aspectos de mí. Es mejor aceptar, estar conforme y tranquilo conmigo. Nos vamos a seguir viendo, claro, porque sigo contando lógicamente contigo, pero ahora me toca defenderme yo solo con lo que he aprendido. Gracias por entenderlo.

Contacto de seguimiento, dos meses tras la pausa del paciente: “Sigo aquí, más tranquilo y contento. Me siento más seguro con las compañeras y el jefe. He entendido que tengo que estar más conforme y en paz con lo que me pasa. Sabiendo cómo soy, es lógico pensar que seguiré necesitando sustento siempre. En unas semanas me pondré en contacto contigo y nos volveremos a ver. Muchas gracias”.

6.- Valoración del tratamiento

La valoración del tratamiento se lleva a cabo mediante la descripción cualitativa, a fecha de la última sesión y con el testimonio dos meses después, basada en las propias expresiones del paciente, sus escritos en forma de diario reflexivo y la observación. Para facilitar la

comprensión de la valoración, se adjunta una tabla (tabla 7) en la que se muestran las conductas identificadas, los objetivos que se establecieron y la valoración correspondiente.

Tabla 7

Valoración de los Objetivos del Tratamiento.

CONDUCTA IDENTIFICADA	OBJETIVOS	EVALUACIÓN INTERTRATAMIENTO
<p>-Dificultades para comprender el origen y el mantenimiento de sus dificultades.</p> <p>-Dificultades en la identificación de emociones, pensamientos y cadenas conductuales</p>	<p>-Aumentar la conciencia de problema y la comprensión sobre su sintomatología.</p> <p>-Entender qué es la depresión y la ansiedad.</p>	<p>-El paciente se comprende mejor a sí mismo, entiende cuál es el origen de sus emociones y cuáles son las conductas que mantienen sus dificultades.</p> <p>-Identifica sus emociones, pero todavía tiene problemas en comunicar con los otros.</p> <p>- Es capaz de establecer la relación entre ciertos pensamientos o emociones y las conductas realizadas.</p>
<p>-Tristeza, pensamientos negativos, mirada baja, sensación, falta de energía y llanto (casi cada día según el paciente durante las semanas previas al inicio de la evaluación).</p> <p>-Ausencia de actividades gratificantes: por ejemplo, no realiza ejercicio físico, disminución de actividades sociales.</p> <p>-Verbalizaciones sobre la sensación de "fracaso vital".</p> <p>- Atención centrada en elementos negativos y aspectos desfavorables.</p>	<p>-Mejorar el estado de ánimo:</p> <p>-Disminuir el llanto y la tristeza.</p> <p>- Mejorar la evaluación sobre sí mismo y sus logros.</p> <p>-Realizar actividades gratificantes.</p>	<p>-Comenta que durante las últimas semanas no aparece el llanto, y presenta un mejor estado de ánimo.</p> <p>- Se muestra más activo y dice haber retomado la realización de algunas actividades gratificantes como hacer ejercicio y escuchar música.</p> <p>-Presenta una mayor confianza sobre sí mismo y su capacidad para enfrentarse a las dificultades laborales.</p> <p>-Realiza una mejor evaluación sobre sí mismo y sus logros, sin estar interiorizada. Este hecho</p>

puede estar influenciado por el cambio en sus circunstancias vitales.		
CONDUCTA IDENTIFICADA	OBJETIVOS	EVALUACIÓN INTERTRATAMIENTO
<p>-Pensamientos y verbalizaciones repetitivos, rumiativos y centrados en la queja.</p> <p>- Sensación de tener dificultad para “parar los pensamientos”.</p>	<p>-Desarrollar reglas y verbalizaciones adaptativas y manejo de los pensamientos rumiaivos.</p>	<p>-Identifica sus pensamientos desadaptativos, pero sin embargo ante situaciones de estrés vuelve a los esquemas sobre su incapacidad, comparaciones con los demás, pensamientos todo o nada.</p>
<p>- Minusvaloración de los logros obtenidos, dificultades para considerar logros parciales.</p> <p>- Atención centrada en el resultado en contraposición con el proceso.</p> <p>- Pensamientos anticipatorios de ansiedad ante situaciones de incertidumbre.</p>	<p>-Modificar las autoexigencias.</p> <p>-Disminuir la necesidad de control y aumentar la tolerancia a la incertidumbre.</p>	<p>-Ha hecho mejoras en cuanto a valorar positivamente los logros parciales como es haber conseguido un trabajo, aunque sepa de ante mano que es temporal.</p> <p>- Hay un cambio en el foco de atención en cuanto a centrarse únicamente en el resultado para la obtención de sus objetivos.</p> <p>-Es capaz de aceptar la sensación de pérdida de control e incertidumbre. Aunque todavía no tiene las herramientas de para gestionar la situación en momento de estrés vital, en los que se desborda ante los estímulos discriminativos.</p>

CONDUCTA IDENTIFICADA	OBJETIVOS	EVALUACIÓN INTERTRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios constantes de amistades, vividas como intensas, pero poco duraderas. - Dificultades en la verbalización de sus estados emocionales. - Dificultades en el manejo de las críticas, las alabanzas y las peticiones. - Dificultades para reparar los conflictos en las relaciones familiares, laborales, de amistad o de pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> -Adquirir habilidades instrumentales en las relaciones interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tiene habilidad para mantener las relaciones superficiales con soltura, carece todavía de la habilidad de profundizar en las relaciones. - Es capaz de verbalizar sus estados emocionales en voz alta, pero todavía muestra dificultades para expresarlas a los otros. -Es capaz de realizar alabanzas y peticiones, aunque presenta dificultades en el manejo de las críticas. -No tiene habilidades de resolución de conflictos.
<ul style="list-style-type: none"> - Consumo varias veces a la semana de grandes cantidades de alcohol en poco espacio de tiempo: varios litros de cerveza y bebidas de alta graduación que provocan intoxicaciones agudas. - Consumo intermitente de tabaco en solitario o en ocio nocturno (hasta 20 cigarrillos en un día). - El consumo se mantiene a pesar de esfuerzos y expectativas sobre su eliminación mediante conductas de impulsividad 	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuir o eliminar el consumo compulsivo de sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> -En este momento el consumo compulsivo ha disminuido en frecuencia y cantidad, es posible que ante momentos de estrés retome la conducta a los índices iniciales.

CONDUCTA IDENTIFICADA	OBJETIVOS	EVALUACIÓN INTERTRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos recurrentes de devaluación sobre sí mismo. - Pensamientos de comparación con los demás, siempre que valora la situación de los demás por encima de la suya - Consideración hacia sí mismo como “fracasado, vago, impulsivo”. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumentar y mejorar su autoestima, autoconcepto y autoaceptación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Su autoestima y autoconcepto han mejorado, todavía es algo superficial y falta integrar e interiorizar. -Continúa haciendo comparaciones, aunque en menor frecuencia y sin quedar en una posición tan devaluada. - Ha mejorado en el control de impulsos, pudiendo retornar al punto inicial en momento de estrés. - Continua considerándose un “fracasado, vago e impulsivo “ <p>Aunque no de forma categórica en todos los aspectos de su vida.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> -Prevenir recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> -En este momento el tratamiento está pausado. No se ha llegado a trabajar este punto.

Fuente: elaboración propia.

Si hacemos un balance global sobre la situación del paciente, el resultado es de mejoría respecto a la línea base del inicio de terapia. Y si volvemos a la demanda del paciente, el paciente vino a consulta para mejorar su estado de ánimo, objetivo que se ha alcanzado. Pero entendemos que la terapia debe ir más allá y se considera beneficioso para el paciente seguir trabajando.

7.- Discusión y conclusiones

No existe un único modelo teórico que explique el inicio del trastorno de depresión mayor, en la literatura científica se han propuestos diferentes modelos explicativos relacionados con factores de aprendizaje y cognitivos, y la existencia de unos factores de vulnerabilidad en torno a aspectos personales, sociales y biológicos, sin que a fecha actual exista ninguna prueba de laboratorio que se use como herramienta diagnóstica. Los factores de estrés vital, las interacciones negativas entre la persona y su entorno, la reducción de refuerzos positivos, la forma en la que procesamos la información y la transformamos en esquemas mentales, conducen a la persona a un estado de ánimo bajo y/o un desinterés o disminución en la realización de actividades placenteras para la persona como síntomas principales, que ocasionan un malestar grave y que en el peor de los casos puede llevar al suicidio. La depresión presenta una alta heterogeneidad y comorbilidad con otros trastornos que dificulta el diagnóstico. Por tanto es de vital importancia seguir investigando y ampliar los conocimientos sobre el tema y poder ampliar el trabajo en prevención, detección, el establecimiento de un buen diagnóstico y tratamientos, con el conocimiento de cómo funcionan y por qué funciona en un paciente en cuestión.

Como hemos visto, en base a lo expuesto, el establecimiento del diagnóstico es una tarea compleja. El uso de test y cuestionarios durante el proceso de evaluación pueden ser de ayuda, aportando datos objetivos, validez y fiabilidad (Muñiz et al., 2020). Como propuesta de mejora durante la fase de evaluación, del caso clínico presentado, propongo dos instrumentos estandarizados, que podrían haber sido utilizados según la sintomatología del paciente:

Inventario de depresión de Beck, segunda edición (BDI-II): es un instrumento de autoinforme, de 21 ítems, destinado a evaluar los síntomas de depresión, con evidencia en validez y fiabilidad, el instrumento consta de una escala de valoración de cuatro puntos para cada ítem (evaluables de 0-3), en los ítems 16 y 18 hay siete opciones en relación al sueño y el apetito.

La puntuación total sirve para detectar el trastorno de depresión y establecer la gravedad, entre 0 y 13 se considera un rango mínimo, de 14 a 19 de gravedad leve, de 20 a 28 moderada y de 29 a 63 grave (Beck, et al., 1996). La adaptación española ha mostrado validez en la detección y cuantificación de los síntomas y evidencia en la validez convergente y discriminante (Sanz et al., 2005).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): es una escala de 21 ítems, capaz de discriminar grupos ansiosos (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, etc.) y no ansiosos (trastorno de depresión mayor), con alta consistencia interna (alfa= .92) y con fiabilidad test-retest durante una semana, $r(81) = .75$ (Beck, et al., 1988).

En el presente trabajo se presenta un caso de trastorno de depresión mayor con sintomatología ansiógena. Aunque la depresión es multicausal, uno de los factores que más han influido en su desarrollo, en este caso, han sido los eventos de estrés vital. El estrés interpersonal y el rechazo social unido a otros factores de estrés acumulado (desempleo, enfermedad grave, ruptura de pareja), el estilo de procesamiento del paciente altamente reflexivo y controlador y unos rasgos de personalidad obsesiva, han hecho que el paciente entrara en un bucle de pensamientos negativos sobre su valía, su futuro y su entorno, llevándole a una “visión de túnel”, siendo la emoción principal el sentimiento de fracaso y la incertidumbre. Como respuesta a esta situación, y con el deseo de ser aceptado y apreciado por su entorno, pone en marcha diversas conductas, con una morfología distinta, pero con la misma función, reducir el malestar y aumentar su sensación de control. Paradójicamente todas estas conductas lo que ocasionan es un aumento del sentimiento de tristeza y desinterés en la realización de actividades.

Como vemos se establecen múltiples factores que interactúan entre sí, lo que hace que este caso sea complejo. Se presenta un análisis topográfico detallado de la conducta, con el fin de

entender la problemática en el paciente en cuestión y poder establecer unos objetivos acordes con sus necesidades.

En cuanto a la valoración del tratamiento establecido para el paciente, creo que se ha realizado un buen diseño, en el que se ha tenido en cuenta, las características personales, peculiaridades, entorno y por supuesto la evidencia empírica. A pesar de haber llevado a cabo un número reducido de sesiones destinadas propiamente al tratamiento, se ha observado una mejoría de los objetivos planteados, sin olvidar el posible efecto que ha podido tener, en esa mejoría, el cambio en las circunstancias vitales de la vida del paciente. Si analizamos la situación actual, se observa una disminución del consumo descontrolado de tabaco y alcohol, confirmando la hipótesis de que el consumo de sustancias es una conducta de evitación.

Como limitaciones en este caso nos encontramos, que el paciente ya había acudido hace 7 años al psicólogo por un trastorno de agorafobia, abandonando la terapia ante las primeras muestras de reducción de sintomatología. En esta ocasión, ante los primeros síntomas de mejora en el estado de ánimo el paciente no ha abandonado la terapia, pero la ha pausado. Hasta el momento de la pausa el paciente estaba respondiendo bien al tratamiento, avistándose mejoras en los objetivos terapéuticos planteados con un pronóstico previsiblemente bueno. El hecho de pausar el tratamiento dificulta la consecución de los objetivos y la interiorización de las nuevas conductas.

Intentando explicar el motivo por el cual el paciente pausa el tratamiento, sin dudar del motivo dado por él, me hago varias preguntas a las que intento dar respuesta:

¿El paciente entiende cómo funciona la terapia? La respuesta es sí. Se realizó el establecimiento del marco terapéutico durante la primera sesión, destinando un tiempo a la explicación del funcionamiento de la terapia. A esto hay que añadir que no era la primera vez que asistía a terapia.

¿Se ha trabajado lo suficiente sobre la efectividad de la terapia y el mantenimiento de los resultados? haciendo recapitulación, hay que decir que sí se ha hecho, muestra de ello son sus diarios reflexivos, en el que aparece que reconoce, que la primera vez, abandonó la terapia antes de tiempo y que en esta ocasión no le gustaría hacer lo mismo.

¿Cuenta con la motivación suficiente para seguir trabajando más allá de la mejoría del estado de ánimo? La primera vez que acudió a terapia, cuando obtuvo una reducción de la sintomatología la finalizó, con el conocimiento de que sería beneficioso seguir trabajando, no sólo para reducir los síntomas sino para afianzar y prevenir las posibles recaídas. En esta ocasión, ha pausado el tratamiento, en el momento en el que se encuentra con un mejor estado de ánimo. Si somos honestos, el paciente ha alcanzado el objetivo que pretendía, es decir, reducir los síntomas, que no es el mismo que los planteados como objetivos terapéuticos, a pesar de que se establecieron de forma conjunta y con motivación por parte del paciente para su consecución.

¿Debemos darnos por satisfechos con la reducción de la sintomatología? la es respuesta no. Debemos de respetar la decisión del paciente, tanto si su decisión es de seguir o dejarlo, y su ritmo, si lo que necesita es efectivamente tiempo, aunque nosotros sepamos que pausando la terapia la eficacia disminuye y el tratamiento se alarga en el tiempo. Pero no podemos olvidarnos de que la depresión es la principal causa de discapacidad, con un porcentaje de recaídas muy alto y que contribuye de forma importante a la mortalidad, por consiguiente, no podemos darnos por satisfechos. Debemos trabajar para dar la importancia que tiene la salud mental y el seguimiento de los tratamientos. Todo el mundo entiende qué si tomas antibióticos unos días y los dejas, la enfermedad con una alta probabilidad volverá a aparecer, esa conciencia es necesaria en salud mental.

¿Qué podemos mejorar para dar un tratamiento más acorde a las necesidades del paciente y mantener su motivación? en este punto tenemos que revisar el diseño del tratamiento, tal vez no haya sido el más apropiado, o tal vez debemos revisar qué podemos mejorar en este diseño, según las peculiaridades del paciente en cuestión. Nos encontramos ante una persona altamente reflexiva, con tendencia a permanecer en bucle con pensamientos rumiativos, con una gran habilidad en el manejo del lenguaje, que se siente muy cómodo con la sensación de control, sin incertidumbre, pensando de forma anticipada lo que va a decir y cómo lo va a decir, y tal vez con sus escritos le ofrecíamos un refuerzo justamente en eso, tal vez debíamos haber alterado la forma de proceder en la sesión, es decir, siempre se empezaba la sesión con la lectura por parte del paciente de su diario, a lo mejor hubiera sido bueno alterar ese orden, que no hubiera un orden establecido, o tal vez no haberlos leído en voz alta, que al fin y al cabo son pensamientos rumiativos, y haber procedido a su lectura por nuestra parte posteriormente, o incluso con anterioridad, si nos lo hace llegar a través de la plataforma online del centro, o tal vez hubiera sido bueno quitarle lo que domina, que es la palabra, y haber hecho una propuesta de actividades más corporales y experienciales haciendo uso de la creatividad, en un medio más improvisado y desconocido para él. De esta forma puede que no hubiéramos entrado en ese desgaste y en ese bucle de la lectura de sus pensamientos repetitivos.

Sin lugar a dudas, la depresión es un problema importante, por ello debemos seguir trabajando en su estudio, y conocer con mayor profundidad el problema, en esta línea sería interesante integrar la eficacia de las técnicas utilizadas para el cambio de comportamientos específicos controlada en el laboratorio (con alta validez interna y baja validez externa) y la eficacia de un tratamiento estandarizado en la consulta sensible a las características particulares del individuo (Fernández-Álvarez et al., 2020). Los estudios de casos son interesantes como líneas de investigación futuras, intentando contestar a cómo funciona un

tratamiento, y por qué ha funcionado en una persona en cuestión, pasando de lo nomotético a lo ideográfico.

El caso presentado, lo considero relevante en la medida en la que obtenemos conclusiones sobre cómo ayudar al paciente en su previsible regreso, cómo poder ayudar a futuros pacientes y cómo puede servir de ayuda a otros profesionales que se encuentren ante una situación parecida.

8.- Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.

Amoozegar, F. (2017). Depression comorbidity in migraine. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 504–515. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1326882>

Aragonès Benaiges, E., Masdéu Montalà, R. M., Cando Guasch, G., y Coll Borràs, G. (2001). Validez diagnóstica de la Self-rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 29(5), 310-316.

Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., y Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481–496. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., y Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. Recuperado el 6, de enero de 2022, desde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3204199/>

- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.47.2.343>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaww, B. F., y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva para la depresión* (16.ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Border, R., Johnson, E. C., Evans, L. M., Smolen, A., Berley, N., Sullivan, P. F., y Keller, M. C. (2019). No support for historical candidate gene or candidate gene-by-interaction hypotheses for major depression across multiple large samples. *American Journal of Psychiatry*, 176(5), 376–387. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18070881>
- Butler, R., Carney, S., Cipriani, A., Geddes, J., Hatcher, S., Price, J., y Von Korff, M. (2006). Depressive disorders. *American family physician*, 73(11), 1999–2004.
- Cassano, P., y Argibay, P. (2010). Depresión y neuroplasticidad. Interacción de los sistemas nervioso, endocrino e inmune. *Medicina Buenos Aires*, 70(2), 185–193.
- Carbajal, J. C., Blanco, C., y López, M. (2018). *Validación de indicadores de mentira a través del lenguaje no verbal*. *Revista Misión Jurídica*, 11(14), 169-183. Recuperado el 6, de enero de 2022, desde <https://www.revistamisionjuridica.com/validacion-de-indicadores-de-mentira-a-traves-del-lenguaje-no-verbal/>
- Castonguay, L. G., Constantino, M., y Beutler, L. E. (2019). *Implementing evidence-based principles of therapeutic change*. *Oxford Clinical Psychology*, 3-8. Recuperado el 6, de enero de 2022, desde https://castonguaylab.la.psu.edu/files/2021/02/Principles_2019_chapter-1.pdf

- Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., y Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47–58. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.067>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., y Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(1), 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Díaz, B. A., y González, C. (2012). Actualidad de neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana De Psiquiatría*, 11(3), 106–115.
- División 12 of the American Psychological Association. (2015). *Research-supported psychological treatments: Society of clinical psychology*. Recuperado el 2, de febrero de 2022, desde <http://www.div12.org/psychological-treatments>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos futuros. *Revista Argentina Clínica Psicológica*, 19(3), 247–256.
- Ellis, A., y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., Girolamo, G. de, Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ...

- Thornicroft, G. (2018). *Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys: psychological medicine*. Cambridge Core. Recuperado el 8, de enero de 2022, desde <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Gómez, J. M., y Jeong Youn, S. (2020). *La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la integración de la psicoterapia*. Papeles Del Psicólogo. Recuperado el 8, de enero de 2022, desde <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2932.pdf>
- First, M., Willims, J., Karg, R., y Spitzer, R. (2016). *APA - the Structured Clinical Interview for DSM-5®*. About the SCID-5. Recuperado el 11, de febrero de 2022, desde <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
- Foland-Ross, L. C., y Gotlib, I. H. (2012). *Cognitive and neural aspects of information processing in major depressive disorder: an integrative perspective*. *Frontiers*. Recuperado el 2, de enero de 2022, desde <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyq.2012.00489/full>
- Froxán, M. X., Andrés, N., Estal, V., Pedreira, G., y Trujillo, C. (2020). Desarrollo del análisis funcional de la conducta humana en contextos naturales. En *Análisis funcional de la conducta humana: Conducta, Metodología Y Aplicaciones* (pp. 81–125). Ediciones Pirámide.
- Gómez Maquet, Y., Ángel, J. D., Cañizares, C., Lattig, M. C., Agudelo, D. M., Arenas, Á., y Ferro, E. (2020). El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 49(2), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.004>

- Gotlib, I. H., y Joormann, J. (2010). *Cognition and depression: current status and future directions*. Digital Object Identifier System. Recuperado el 2, de enero de 2022, desde <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Hames, J. L., Hagan, C. R., y Joiner, T. E. (2013). Interpersonal processes in depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 355–377. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185553>
- Hammen, C.L. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Hammen, C. L. (2015). Stress and depression: old questions, new approaches. *Current Opinion in Psychology*, 4, 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.024>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1097. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Hollon, S. D., y Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383–395. <https://doi.org/10.1007/bf01178214>
- Husain, M. I., Strawbridge, R., Carter, B., Jones, B., Young, A., y Carvalho, A. F. (2019). Efficacy and acceptability of adjunctive psychological and pharmacological interventions for treatment-resistant depression: Protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ open*, 9(5), e028538. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028538>

- Ingram, R. E., y Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 898–902. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.56.6.898>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística*. Productos y Servicios / Publicaciones / Colección Cifras INE. Extradido el 9 de diciembre de, 2021, desde https://www.ine.es/ss/Satellite?L=&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout.
- Jiménez Gómez, F. (2009). *Evaluación psicológica forense*. Solo Soluciones.
- Johnsen, T. J., y Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B., y Wittchen, H.-U. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(4), 171–185. <https://doi.org/10.1002/mpr.47>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>

- Klumparendt, A., Nelson, J., Barenbrügge, J., y Ehring, T. (2019). Associations between childhood maltreatment and adult depression: a mediation analysis. *BMC Psychiatry*, *U19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2016-8>
- Malouff, J. M., y Schutte, N. S. (1986). Irrational belief scale. *PsycTESTS Dataset*.
<https://doi.org/10.1037/t04356-000>
- Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2013). Activación conductual para la depresión una guía clínica. Desclée de Brouwer.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., y Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of clinical psychiatry*, *74*(6), 595–602.
<https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2009). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: Associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. *Psychological Medicine*, *40*(5), 847–859.
<https://doi.org/10.1017/s0033291709991115>
- Miguel-Alvaro, A., y Panadero, S. (2021). ¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. *Clínica Contemporánea*, *12*(2). <https://doi.org/10.5093/cc2021a13>
- Miller, I. W., Bishop, S., Norman, W. H., & Maddever, H. (1985). The modified Hamilton Rating Scale for depression: Reliability and validity. *Psychiatry Research*, *14*(2), 131–142.
[https://doi.org/10.1016/0165-1781\(85\)90057-5](https://doi.org/10.1016/0165-1781(85)90057-5)

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2021). *Sanidad en datos*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal estadístico del SNS - Sanidad en datos. Recuperado el 26, de diciembre 2021, desde <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>
- Monroe, S. M., Slavich, G. M., y Gotlib, I. H. (2014). Life stress and family history for depression: the moderating role of past depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*, 49, 90–95. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.11.005>
- Moreno, C., y Anguera, M. T. (2005). La observación. En evaluación psicológica: concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia (2.ªed., pp. 264–266). Sanz y Torres.
- Moreno, C., Maganto, C., y Cruz, S. (2005). La entrevista psicológica. En evaluación psicológica: concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia (2.ª ed., pp. 189–253). Sanz y Torres.
- Muñiz, J., Hernández, A., y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Utilización de los test en España: El Punto de Vista de los Psicólogos. *Papeles Del Psicólogo*, 41(1), 1-15. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2921>
- Muñoz, M., Ausín, B., y Panadero, S. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica* (2.ª ed.). Síntesis.
- National Institute of Mental Health. (2018). *Depression*. National Institute of Mental Health. Recuperado el 20, de enero de 2022, desde <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Depression in europe: facts and figures*. World Health Organization. Recuperado el 26, de diciembre de 2021, desde <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>
- Organización Mundial de la Salud. (2019) *Clasificación Internacional de Enfermedades mentales y del comportamiento* CIE-11. Recuperado el 7, de enero de 2022, desde <https://icd.who.int/en>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. World Health Organization. Recuperado el 9 de diciembre de 2021, desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109–118. <https://doi.org/10.1037/h0024436>
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Greve, A. N., Gunn, J., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Lee, B. K., Lim, C., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M., Saha, S., y McGrath, J. J. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a danish national population. *JAMA psychiatry*, 76(3), 259–270. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658>
- Peterson, C., y Villanova, P. (1988). An expanded attributional style questionnaire. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 87–89. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.97.1.87>
- Ramos-Brieva, J., y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14(4), 324–334.

- Ramos-Brieva, J., Cordero, A. y Yañez, R. (1994). Nuevos datos sobre la validez y fiabilidad de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Anales De Psiquiatría*, 10(4), 146-151.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787–804. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(77)80150-0)
- Richars, C. S., y O'Hara, M. W. (Eds.). (2014). *The Oxford handbook of depression and comorbidity*. Oxford Handbooks Online. Recuperado el 9, de febrero de 2022, desde <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199797004.001.0001/oxfordhb-9780199797004>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2013). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales (3.ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., Villalobos, A., Díaz, M. I., Villalobos, A., y Ruiz, M. A. (2013). El proceso en terapia de conducta: la evaluación conductual. En *manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 99–152). Desclée de Brouwer.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2018). Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión (Estad): datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 163–177. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.22976>
- Sanz, J., García Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez Valverde, C. (2005). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos*. <https://journals.copmadrid.org/clysa>. Recuperado el 6, de diciembre 2021, desde <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/37bc2f75bf1bcfe8450a1a41c200364c>

- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Seedat, S., Scott, K., Angermeyer, M., Berglund, P., Bromet, E., Brugha, T., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J., Jin, R., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B.-E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., ... Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Slavich, G. M., e Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140(3), 774–815. <https://doi.org/10.1037/a0035302>
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., y Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Van den Akker, M., Buntinx, F., y Knottnerus, J. A. (1996). Comorbidity or multimorbidity. *European Journal of General Practice*, 2(2), 65–70. <https://doi.org/10.3109/13814789609162146>
- Vázquez, F.L., Muñoz, R.F., y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Weck, F., Rudari, V., Hilling, C., Hautzinger, M., Heidenreich, T., Schermelleh-Engel, K., y Stangier, U. (2013). Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: the role of therapist adherence, competence, and the

therapeutic alliance. *Psychiatry Research*, 210(1), 140–145.

<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2013.05.036>

Zung W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

9.- Anexos

Anexo A

Criterios del trastorno de depresión mayor según el DSM-5 (APA, 2014)

A.- Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Procedimientos de codificación y registro

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso	Episodio único	Episodio recurrente*
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F 32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas**	296.24 (32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

*Para un episodio que se considera recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor.

**Si existen características psicóticas, codificar el especificador “con características psicóticas” independientemente de la gravedad del episodio.

A la hora de especificar el nombre de un diagnóstico, se enumeran los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código

que sean aplicables al episodio actual. Especificar: con ansiedad, con características mixtas, con características melancólicas, con características atípicas, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonía (código adicional 293 (F06.1), con inicio en el periparto con patrón estacional.

Anexo B

Transcripción de algunos fragmentos del diario reflexivo del paciente:

Sesión 1

“Tengo que empezar diciendo lo mucho que valoro y lo afortunado que me siento de volver a contar contigo...En realidad creo que nunca debí de zanjarse la relación tan rápido, puesto que más allá de mi problema de agorafobia y miedo a viajar al extranjero, había mucho trabajo adicional...El motivo principal de estar aquí de nuevo frente a ti, es afrontar el estado de ánimo y emocional en el cual me encuentro... Desde el año 2018 hasta el día de hoy sólo he tenido costalazos, desilusión y niveles ya tóxicos de ansiedad y frustración...Tras muchas intentonas de que me contratasen a los 8 meses ya estaba muy frustrado y triste, me di cuenta de que había perdido la sonrisa y las ganas de reír”.

Sesión 2

...”He notado ciertos cambios en mí, quizás no muy palpables o significativos, pero cambios...Seguí fumando de manera compulsiva, sintiéndome insignificante y débil, continúe buscando trabajo impulsivamente y hasta por vez primera en mi vida, el viernes tarde bajé a un bar a beber solo, durante 3 horas y media... Así llevo especialmente los últimos 4 años de búsqueda intensiva de trabajo, pensando que terceros me van a ayudar a darme un empujón, y desilusionándome al comprobar que nunca ocurre eso... He seguido estando muy triste, melancólico y bastante preocupado por todo lo que significa trabajo y futuro... Sintiendo un miedo patológico al fracaso laboral, a mi autosuficiencia en el futuro, a la no consecución de actos vitales, a sentirme cada vez más solo y desprotegido, al estatus social y a la impresión que tengan terceros de mí”.

Sesión 3

...”He seguido haciendo seguimiento diario de ofertas de trabajo, no con una agonía constante, pero sí diaria y varias veces al día. El martes hice una entrevista de trabajo, pero sinceramente no creo que vaya a ser el candidato seleccionado. Por lo demás pocas opciones se vislumbran de momento.

Sigo sintiéndome desdichado, ridículo y frustrado por no poder ser autosuficiente económicamente, y eso hace que todas las pautas de pensamiento racional y positivo que trabajo, y trabajé en su día contigo, caigan por su propio peso. Siento que mis pies se sustentan en la nada y mi cabeza sólo tiene un ideal que es difícilmente realizable”.

Sesión 4

...”Recibí mis resultados de las pruebas oncológicas, y ha salido todo muy bien, pero lo afronto con la misma indiferencia de siempre, síntoma de que mi salud está por debajo de mi objetivo de trabajo remunerado. He conseguido gestionar ciertos momentos de ansiedad, respirando hondo, centrándome en vivir sólo el presente y dejar que la ansiedad conviva conmigo pero en otros momentos no he sido capaz... En las últimas semanas estoy comparándome menos con la gente, aunque lo sigo haciendo”.

Sesión 5

...”Pienso que mi problema es que no puedo y no he podido nunca dejar de pensar demasiado. De ahí que por ejemplo, ese ejercicio de autocontemplarme como una leona en la sabana, me cueste horrores realizar. Apenas soy capaz de conseguir no pensar en nada sin que me invada la ansiedad de tener que hacer cosas, o me vengan imágenes, caras o sensaciones desagradables...Al final, creo finalmente que todas mis fobias, miedos, frustraciones y

depresiones han tenido siempre el mismo origen, la falta de autoestima. Es lo que creo que coincide entre aquella agorafobia incapacitante y esta búsqueda de estatus social y respeto por parte de los demás... Aprender como funciona la ansiedad y la depresión y aceptar mis virtudes y defectos sin sentirme menos que nadie. Dejar de hacerme tanto daño bebiendo y fumando en exceso, cuando eso acorta mi vida. Conseguir mirarme al espejo o andar por la calle sin compararme con nadie. En definitiva, aprender con trabajo diario a gestionar una mente como la mía”.

Sesión 6

...”Me sigo diluyendo en la ansiedad con demasiada facilidad sin que apenas oposición de mi yo estoico. Todas las semanas transcurren idénticas en su misma dinámica de todo o nada... Voy a requerir que hagamos un trabajo más quincenal que semanal. Tras nuestra última sesión, terminé la semana tranquilo, aunque con esa obsesión tan importante por controlar el tiempo...El jueves retomé mi afición a los masajes, que es una actividad que había dejado de lado... Ayer tuve dos entrevistas que no salieron demasiado bien y recibí una llamada por parte de otra empresa diciéndome que el puesto no era mío. ¿Resultado? Bajé a un bar y bebí desde las 13:30h hasta las 22:00h. Por otra parte, voy a tomar distancia con personas que hay a mi alrededor a quienes aprecio, pero de quienes en este momento dudo de su compromiso y sinceridad conmigo, tengo la sensación de haberme arrastrado mucho, haber pedido favores, haber dado demasiadas explicaciones sobre mi vida cuando en el fondo nos les interesa”.

Semana 7

... “Aceptar lo que soy hará que no me sienta tan frustrado. Soy nervioso, inseguro, duditativo, creo no gestionar bien la inestabilidad y por más que intento no pensar en el pasado o el futuro, mi cabeza está continuamente trabajando, proyectando y sopesando supuestos...He hecho alguna escapada a la montaña... He sido seleccionado en una empresa y rápido empecé a

cuestionarme mi valía. Llevo desde ayer haciendo tutoriales de diferentes herramientas informáticas para ir lo más preparado posible”.

Sesión 8

...”Parece ser que de momento están contentos conmigo, pero puede ocurrir como otras veces, que el día menos pensado pueda terminar... Nunca he sido alguien que genere demasiado entusiasmo. No soy una persona espontánea, antes de hacer o decir nada lo tengo todo muy mascado, hasta el punto de que a veces resulta forzado... Desde los 18 años he conocido a infinidad de personas y he pasado por distintos grupos sin pena ni gloria”.

Semana 9

“Esta semana tengo poco que contar, apenas me han acompañado mis dificultades... He vuelto a hacer actividades que me gustan... En el trabajo están contentos conmigo... Me encuentro mejor”.