



Intervención en un caso de Trastorno de Depresión Mayor con Ansiedad. Estudio de caso.

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Nerea González Bernárdez

Tutor/a académico: Elisa Aguirre Sánchez

Fecha de realización del trabajo: 2023

Nº palabras: 11212

Resumen

En el presente trabajo se expone el caso de una paciente diagnosticada con Trastorno de Depresión Mayor con ansiedad. La sintomatología presentada incluía llanto continuo, falta de concentración, sin ganas de relacionarse, sentimientos de soledad, sensación de angustia permanente y autoexigencia laboral. Algunos de estos síntomas eran tan intensos que se deriva para evaluación médica y comienza a tomar medicación durante unos meses. A su vez se realiza la evaluación y se propone un tratamiento basado en técnicas de distintas terapias de corte cognitivo conductual, específicas para los objetivos propuestos. Estos objetivos estuvieron principalmente centrados en la gestión emocional y el autoconocimiento, el incremento del número de actividades reforzadoras, el trabajo en pensamientos negativos y creencias irracionales y la adquisición de habilidades sociales y asertivas. Se dedicaron ocho meses de trabajo terapéutico en los que se desarrollaron diecisiete sesiones de manera quincenal, tras las cuales se determinó el alta terapéutica debido a los avances obtenidos respecto a los objetivos propuestos.

Palabras clave: caso único, terapia cognitivo conductual, Trastorno de Depresión Mayor con ansiedad.

Abstract

This paper presents the case of a patient diagnosed with Major Depressive Disorder and anxiety. The symptomatology presented included continuous crying, lack of concentration, unwillingness to socialize, feelings of loneliness, permanent sense of anguish and self-demanding work. Some of these symptoms were so intense that she was referred for medical evaluation and started taking medication for a few months. At the same time, she was evaluated by the psychologist and a treatment based on different cognitive-behavioural techniques, specific for the proposed objectives, was proposed. These objectives were mainly focused on emotional management and self-knowledge, increasing the number of reinforcing activities, working on negative thoughts and irrational beliefs and the acquisition of social and assertive skills. Seventeen biweekly sessions were held in eight months of therapeutic work, after which discharge were determined due to the progress achieved in the proposed objectives.

Keywords: case study, cognitive-behavioural therapy, Major Depressive Disorder and anxiety.

Tabla de Contenido

Resumen	2
1. Introducción	6
1.1.Criterios Diagnósticos	6
1.2.Modelos Teóricos	10
1.3.Epidemiología	13
1.4.Comorbilidad	13
1.5.Evaluación	14
1.6.Tratamientos Eficaces	15
2. Identificación del Paciente y Motivo de Consulta	18
3. Estrategias de Evaluación	20
4. Formulación Clínica del Caso	26
4.1.Análisis Psicológico del Problema (Origen y Mantenimiento)	26
4.2.Modelo Explicativo	27
4.3.Análisis Funcional del Problema	33
4.4.Objetivos	36
5. Tratamiento	37
6. Valoración del tratamiento	46
6.2.Adherencia al Tratamiento	46
6.2.Consecución de los Objetivos	46
7. Discusión y Conclusiones	51
8. Referencias bibliográficas	56
9. Anexos	61

Tablas y Figuras

1. Figura 1.....	29
2. Tabla 1.....	35
3. Tabla 2.....	37
4. Tabla 3.....	41
5. Tabla 4.....	47

1. Introducción

El 5,4% de la población española en 2020 presentó algún tipo de cuadro depresivo, es decir, 2.1 millones de personas, considerando 230.000 casos como graves por la severidad presentada en su sintomatología (INE, 2021).

Es por ello que el estudio acerca del adecuado diagnóstico, comprensión de la sintomatología y su tratamiento es cada vez más relevante.

Para comprender los datos que hoy se tienen acerca de la depresión hay que tener muy presente el contexto en el que se toman. La situación de pandemia, elemento que indudablemente ha influido, ha permitido ver de primera mano la importancia de la soledad en la salud mental. Existen estudios que afirman que la existencia de sentimientos de soledad multiplica por cinco la probabilidad de que una persona desarrolle una depresión, frente a la población que no tiene ese tipo de sentimientos (IRSJD, 2021).

Situándonos en este entorno, a continuación, se presenta un repaso acerca de la sintomatología depresiva, centrado principalmente en el estudio del Trastorno de Depresión Mayor (TDM) con ansiedad.

1.1. Criterios Diagnósticos

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico en el que se obtiene un diagnóstico de TDM con ansiedad.

El TDM con ansiedad aparece en el DSM-5 (APA, 2014) dentro del epígrafe de trastorno depresivos. En este grupo podemos encontrar:

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia / medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Otro trastorno depresivo no especificado.

Dentro de los criterios que aparecen en el DSM-5 para poder realizar el diagnóstico de TDM encontramos:

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

- *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).*

- *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).*
- *Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.*
- *Insomnio o hipersomnia casi todos los días*
- *Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).*
- *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*
- *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).*
- *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).*
- *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 deterior en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológico 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 o pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la 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 penar 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 psicóticos.

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 fisiológico de otra afección médica.

Nota: Muestra de los criterios diagnósticos del DSM-5 de trastorno de depresión mayor. Recuperado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de la Psiquiatría, 5ª edición, 2014, pp. 104-106.

Dentro de los criterios diagnósticos para el TDM (APA, 2014), también encontramos ciertos especificadores. Utilizaremos el especificador “con ansiedad”, cuya definición en el manual diagnóstico es: *la ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):*

- 1. Se siente nervioso o tenso.*
- 2. Se siente inhabitualmente inquieto.*
- 3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.*

4. *Miedo a que pueda suceder algo terrible.*
5. *El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.*

1.2. Modelos Teóricos

Existen diversas explicaciones etiológicas sobre la depresión. Esto es así porque es un concepto complejo y diverso en sus manifestaciones y, por lo tanto, difícil de encontrar una única explicación. A continuación, se presenta un recorrido por los modelos que tratan de explicar este fenómeno:

Modelos Biologicistas:

Desde estos modelos, se trata de dar una explicación de la depresión y sus síntomas asociados a través de la mediación de mecanismos biológicos.

Existen datos empíricos de la existencia de participación genética en el desarrollo de trastornos afectivos, aunque se desconoce aún el modo de transmisión (Vallejo y Urretavizcaya, 2015).

También existen otros aspectos fisiológicos que se han intentado unir con la aparición o no de trastornos depresivos. Podemos encontrar también las teorías bioquímicas, como la teoría monoaminérgica de la depresión. Según esta teoría, la base de la depresión se situaría en el déficit de transmisión de noradrenalina (NA) y/o serotonina (5-HT) en el sistema nervioso central. Es en estas teorías bioquímicas donde se ubican los mecanismos de acción de los medicamentos antidepresivos bajo la premisa de que, si se aumenta la presencia de monoaminas, la neurotransmisión se verá incrementada (Ortega, Callado y Meana, 2008).

Modelos Conductuales:

Los modelos conductuales explicativos de la depresión defienden que ésta es producto de un proceso de aprendizaje a través de las interacciones ocurridas entre el individuo y el entorno, incluyendo también las cogniciones, conductas y emociones (Vázquez et al., 2000). Dentro de los modelos más relevantes podemos encontrar:

- Teoría de la disminución del refuerzo positivo de Lewinsohn (1974): según este autor, la depresión se trataría de una respuesta ante la falta o disminución de las contingencias positivas ante las conductas que realiza el sujeto, lo que conduce a una disminución de esas conductas antes realizadas. Esto deriva, a su vez, en sentimientos de desesperanza y baja autoestima debido a las atribuciones realizadas (Rehm, 1990).
- Teoría del autocontrol de Rehm (1977): esta teoría se basa en las maneras en las que las personas manejan y controlan su propia conducta para poder obtener metas a largo plazo. Según esta premisa, la desesperanza presente en los episodios depresivos hace que no se pueda organizar la conducta en base a esas metas. Así, el comportamiento depresivo atiende más a los eventos negativos, a las consecuencias inmediatas de su comportamiento, a los estándares perfeccionistas que se autoimponen, a las atribuciones que se realizan, los insuficientes refuerzos recibidos y los castigos excesivos (Rehm, 1990).
- Modelo basado en resolución de problemas de Nezu: según este modelo, en estados depresivos se generan menos alternativas de resolución de problemas y menos efectivas. La depresión puede ser el resultado del déficit en alguno de los componentes de la resolución de problemas

(orientación general, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y aplicación de la solución y verificación) (Nezu, 1987).

Modelos cognitivos:

- Modelo cognitivo de Beck: este modelo postula que la depresión tiene su sustrato en la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. Se entiende como tríada cognitiva a los patrones negativos de pensamiento acerca de sí mismo, sus experiencias y el futuro. Por su parte, los esquemas se encargan de mantener actitudes contraproducentes mediante la categorización y evaluación de las experiencias. Todo esto es acompañado de los errores cognitivos, los cuales son errores en el procesamiento de la información que se recibe y que mantienen las creencias y conceptos negativos (Beck et al., 2010).
- Terapia de Ellis: lo que propone este autor es que la base de los estados depresivos se encuentra en las creencias disfuncionales e ideas irracionales, las cuales se pueden reestructurar a través de un análisis racional de las mismas (Valdés, 2014).
- Modelo de indefensión aprendida de Seligman (1975): el proceso de indefensión aprendida se produce cuando se ha estado expuesto a una falta de contingencia entre la conducta propia y las consecuencias que siguen a esa conducta. En este sentido, aparecería un estado de pasividad en el que se dejan de emitir conductas debido a la incapacidad para discriminar las contingencias (Vázquez et al., 2000).

1.3.Epidemiología

Aproximadamente 280 millones de personas en el mundo sufren depresión y el 75% de las personas afectadas que reside en países con ingresos de medianos a bajos no recibe ningún tipo de tratamiento. Además, la depresión es considerada como la principal causa de discapacidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La depresión es el trastorno mental que más correlaciona con la existencia de ideas suicidas o intentos autolíticos. El porcentaje de personas con depresión que muestran riesgo de suicidio asciende al 28% (Bernal et al., 2007, como se citó en Vindel et al., 2012).

Es un trastorno que se da de manera más frecuente en mujeres que en hombres, siendo la frecuencia en mujeres de casi tres veces mayor que la de los hombres. Según la Subdirección General de Información Sanitaria (2021), en España en adultos de 40 años o más, el psicofármaco más dispensado son los antidepresivos.

1.4.Comorbilidad

Existen estudios que afirman que, cuando existe un trastorno depresivo, es común que existan otros trastornos relacionados, principalmente trastornos de ansiedad. E. Aragonés et al. (2009) observaron que, de los casos con depresión que acudían a los servicios de atención primaria, sólo el 26,2% no presentaba ninguna comorbilidad con otro trastorno mental. El porcentaje de los casos que presentaban otro trastorno comórbido era del 47,7%.

1.5.Evaluación

La depresión es un constructo complejo por lo que su evaluación debe de ser amplia y centrada en diversos aspectos, no únicamente el cumplimiento o no de ciertos síntomas.

Según las pautas que se ofrecen en la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014), la evaluación de la depresión debería incluir una valoración acerca del curso, gravedad y riesgo de suicidio. Para ello, el procedimiento que se considera esencial es la entrevista y el juicio clínico. A través de la entrevista, se evalúa las características del episodio, situación psicosocial, grado de interferencia, riesgo de suicidio y posibles respuestas previas al tratamiento.

Existen también distintas pruebas psicométricas con las que se puede evaluar la sintomatología depresiva. Entre ellas se destacan las siguientes:

- Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II): su adaptación al español más reciente es la realizada por J. Sanz y C. Vázquez en el 2011, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España. Se trata de un autoinforme con 21 ítems en escala tipo Likert utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Se puede aplicar a partir de los 13 años con una duración de entre 5-10 minutos. Los síntomas evaluados corresponden con los criterios que aparecen en los manuales diagnósticos DSM y CIE. Los puntos de corte clasificatorios son: mínima depresión (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión grave (29-63). En cuanto a la validez, presenta una excelente validez predictiva y de

constructo. En cuanto a la fiabilidad, consta de una elevada consistencia interna (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2011).

- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS): es una escala heteroaplicada utilizada en los casos en los que ya existe un diagnóstico de depresión para poder evaluar la gravedad y los cambios durante el tratamiento. Consta de 17 ítems y sus puntos de corte son: no deprimido (0-7), depresión ligera/menor (8-13), depresión moderada (14-18), depresión severa (19-22) y depresión muy severa (>23). Ha sido comprobada su validez discriminante, fiabilidad y sensibilidad al cambio (Purriños, 2008).
- Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS): es una escala heteroaplicada que evalúa gravedad de los síntomas presentes en depresión. Consta de 10 ítems que oscilan del 0 al 6 y ninguno de ellos evalúa ansiedad. Los puntos de corte recomendados son: no depresión (0-6), leve (7-19), moderada (20-34) y grave (35-60) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014).

1.6.Tratamientos Eficaces

Para un problema complejo como es la depresión, existen diversos abordajes y tratamientos, al igual que explicaciones etiológicas. Aunque existen también tratamientos farmacológicos, se pasará a describir brevemente los tratamientos psicológicos más relevantes para el tratamiento de la depresión.

Terapias Cognitivo-Conductuales:

Se basa en la acción sobre la actividad reducida, el funcionamiento social perturbado, el manejo inefectivo de los estresores, habilidades de resolución de problemas deficientes, trabajo en sesgos y

modificación en esquemas cognitivos y en la perspectiva negativa de sí mismo (Carrasco, 2017). Dentro de este enfoque, podemos encontrar como tratamientos eficaces y posibles piezas dentro del tratamiento de la depresión (Caballo et al., 2014):

- Activación conductual.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Terapias de autocontrol.
- Terapias de solución de problemas.
- Terapia cognitiva de la depresión de Beck.
- Técnicas de exposición.
- Terapia racional emotiva conductual (TREC) de Ellis.

Terapia Interpersonal:

Esta terapia se centra en cuatro áreas que suelen aparecer en los cuadros depresivos (Pérez y García, 2003):

- El duelo: pérdida de algo / alguien valioso.
- Las disputas interpersonales: conflictos con personas del entorno.
- La transición de rol: cambio de un papel social a otro debido a cambios en el contexto, edad, otras circunstancias.
- Los déficits interpersonales: patrones disfuncionales de relación con el entorno.

Terapia de Aceptación y Compromiso:

Incluida dentro de las terapias de tercera generación, el objetivo de esta terapia es aprender a reconceptualizar de una manera más adaptativa todos los pensamientos, emociones, sensaciones físicas, etc. que son temidos. Se basa en la aceptación de todo aquello que se teme, sin evitar, estando presentes y guiando la vida a través de los valores (Society of Clinical Psychology, 2020).

2. Identificación del Paciente y Motivo de Consulta

Los datos aportados en este estudio cuentan con el consentimiento informado del paciente. Los datos personales incluidos acerca del caso que se presenta están alterados con el fin de no poder identificar a la persona que acude al centro de psicología, según la ley de protección de datos de carácter personal.

En este estudio se tratará el caso de A., quien acude a consulta privada por primera vez en octubre del 2021. A. es una mujer soltera de 44 años residente en Madrid. Vive sola y tiene muy buena relación con su madre y con sus dos hermanos mayores. Disfruta mucho de pasar tiempo en familia, principalmente con sus sobrinos. Trabaja en una multinacional de gran nivel y tiene un puesto de elevada responsabilidad.

Al llegar por primera vez a consulta, presenta un llanto continuo, falta de concentración, refiere no tener ganas de relacionarse, piensa y analiza mucho cualquier situación, presenta también sentimientos de soledad, sensación de angustia o ansiedad permanente y autoexigencia laboral. Al acudir a consulta, su demanda inicial es “cambiar la sensación de pasar por la vida a vivir la vida”.

Tras la evaluación, A. es diagnosticada con un Trastorno de Depresión Mayor (296.22 (F32.1)) con ansiedad (APA, 2014). En esta fase de evaluación, se situó que la problemática comenzó hace unos 5 años por la situación laboral que comenzaba a vivir, aunque también refiere que desde pequeña ha sido muy vergonzosa y ha experimentado emociones y conductas de tipo evitativas, y que, en ciertas ocasiones, ha recibido comentarios de compañeros del colegio que han provocado sentimientos de incapacidad o de no encajar del todo.

Acude en este momento concreto a terapia motivada por un conflicto con un compañero de trabajo. El área laboral es muy importante en su vida ya que dedica gran parte del día a la misma. Otro dato relevante que aporta como posible desencadenante de la problemática es una ruptura repentina hace unos 10 años con su pareja estable. Todo esto ha propiciado los pensamientos negativos acerca de sí misma, el futuro, la soledad y el compararse con la situación vital de su entorno.

Tras la evaluación y al recibir el diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor con ansiedad, se le deriva a su médico de cabecera por la cantidad de sintomatología fisiológica presentada. Esta sintomatología hace complicado el desarrollo de las sesiones y desde este recurso se le receta *orfidal* (ansiolítico) y *escitalopram* (antidepresivo), en la actualidad ya no los consume.

3. Estrategias de Evaluación

La primera fase del tratamiento se dedicó a la recogida de información relevante para la problemática, con el objetivo de planificar un tratamiento y objetivos adecuados y adaptados a las demandas de la paciente.

A continuación, se describirán los instrumentos de evaluación utilizados durante esta fase.

Entrevista Semiestructurada:

En primer lugar, se utilizó como instrumento de evaluación la entrevista semiestructurada, mediante la cual se consiguió recopilar abundante información dividida en distintas áreas de interés clínico. El formato de la entrevista semiestructurada utilizada por la psicóloga encargada del caso fue la proporcionada y utilizada en el centro psicológico donde se desarrolló la terapia, usando como guía la historia clínica que allí es usada para la organización de la información obtenida de cada paciente.

A continuación, se mostrará la información recopilada a través de este formato de entrevista semiestructurada.

Área Familiar

La madre y uno de los hermanos de A. residen cerca de su casa, por lo que se ven y comparten tiempo a menudo. Su otro hermano y sus sobrinos residen en otra Comunidad Autónoma, pero realizan viajes frecuentes para verse. Su padre falleció hace 15 años. Refiere que la relación familiar, tanto en su infancia como en la actualidad, es muy buena y los siente como un apoyo muy importante cuando los

necesita. A. no está casada ni tiene hijos. Tuvo una relación larga y estable, la cual terminó de manera abrupta poco antes de la fecha en la que iban a contraer matrimonio.

Área Laboral

A. dedica gran parte de su tiempo al trabajo. Lleva trabajando varios años en la misma multinacional, lo que le ha llevado a ascender y disponer de un puesto con mucha responsabilidad, en el que coordina a un equipo de varios empleados. Le gusta el trabajo que realiza, pero muchas veces no se siente lo suficientemente competente o con las capacidades necesarias, principalmente por cuestiones relacionadas con hablar en público, gestionar grupos de gente o imponer respeto. En el momento que inicia la terapia, mantiene un conflicto con un compañero de trabajo, el cual no respeta su autoridad. Es una de las motivaciones para iniciar el tratamiento ya que no siente la capacidad de resolver ese problema. También, debido a su trabajo, realiza numerosos viajes por toda Europa.

Relaciones Sociales

A. cuenta con apoyos sociales, entre ellos su grupo de amigos de la infancia. Mantiene una buena relación con ellos, aunque en la actualidad surgen algunos roces debido a los diferentes estilos de vida que cada uno presenta, principalmente porque la mayoría están casados y con hijos y esto dificulta el poder verse con continuidad. A parte de este grupo, mantiene otras amistades derivadas principalmente del trabajo.

Actividades y Aficiones

Debido al poco tiempo libre del que dispone a raíz de las demandas del trabajo, A. no presenta muchas aficiones al inicio de la terapia. Además, unido al ánimo depresivo y la anhedonia, ha dejado de realizar algunas de las actividades que sí mantenía como la práctica de deporte y las compras.

Salud

A. no presenta enfermedades relevantes ni existen antecedentes de importancia en la familia. Lleva una vida sana, en la que incluye una dieta equilibrada, una buena higiene del sueño y deporte esporádico.

Observación:

Además de este instrumento de evaluación, también se recogió información a través de la observación de las conductas presentadas durante las sesiones. A través del lenguaje no verbal presentado en el desarrollo de las sesiones se pudo obtener una información más completa de la evolución de la problemática. Algunas de las conductas observadas durante el transcurso de la evaluación fueron el llanto incontrolable y la elevada activación fisiológica.

Autorregistros:

También se utilizaron autorregistros como medida de evaluación para conocer en qué situaciones aparecen las conductas problemáticas. Estos autorregistros se utilizaron con el objetivo de poder identificar más en profundidad cuáles eran los contextos que desencadenaban los pensamientos y

emociones negativas y desbordantes y conocer cuáles eran las estrategias que estaba poniendo en marcha cuando aparecían. Los apartados incluidos en estos autorregistros son:

- Situación
- Pensamiento
- Emoción o reacciones físicas
- Conducta y consecuencias

Questionarios y Test:

Por último, se utilizaron también cuestionarios con los que obtener datos objetivos y medibles de la problemática. Los test utilizados fueron los siguientes:

Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II) (1996)

Con esta escala de 21 ítems (ya desarrollada en el marco teórico) se evalúa la posible existencia de síntomas depresivos y la gravedad de los mismos a partir de los 13 años. Se utilizó la adaptación al español más reciente (2011) realizada por J. Sanz y C. Vázquez en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España. Al pasar este test, A. obtiene una puntuación de 44, la cual se relaciona con depresión grave.

Cuestionario exploratorio de la personalidad III (CEPER III) (Caballo et al., 2011)

Este test es utilizado para evaluar los estilos de personalidad más predominantes en el paciente, diferenciando entre paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo, pasivo agresivo, sádico, autodestructivo y depresivo. Consta

de 170 ítems en los que hay que valorar del 1 al 7 en función de lo característicos o propios que son los comportamientos, pensamientos o sentimientos presentados en cada ítem, siendo 1 “nada característico de mí” y 7 “totalmente característico de mí”. En cuanto a sus características psicométricas, presenta una elevada consistencia interna y fiabilidad. Tras realizar el test, los resultados obtenidos fueron los que se presentan a continuación:

- Paranoide: 33.
- Esquizoide: 54.
- Esquizotípico: 46.
- Antisocial: 23.
- Límite: 49.
- Histriónico: 20.
- Narcisista: 27.
- Evitativo: 63.
- Dependiente: 37.
- Obsesivo compulsivo: 59.
- Pasivo agresivo: 29.
- Autodestructivo: 31.
- Depresivo: 59.
- Sádico: 15.
- Sinceridad: sí.

A. obtiene un predominio de estilo de personalidad evitativa (puntuación de 63), seguida del estilo de personalidad obsesiva compulsiva y depresiva (presentan la misma puntuación, 59).

4. Formulación Clínica del Caso

4.1. Análisis Psicológico del Problema (Origen y Mantenimiento)

Con la información recogida en la fase de evaluación con los instrumentos previamente detallados, se realiza la formulación clínica del caso. Para realizar el análisis del caso de A., se plantearán la hipótesis de origen y la hipótesis de mantenimiento. La hipótesis de origen trata de explicar las causas de un problema psicológico concreto, incidiendo también en el contexto en el que se dio ese problema psicológico. La hipótesis de mantenimiento es aquella que explicará cuáles son los motivos que hacen que esa conducta problema se siga dando en el presente, prestando atención a todos aquellos aspectos que la refuercen y que impiden que desaparezca. En el caso de A. se obtiene:

Hipótesis de Origen:

El origen de la problemática tiene su procedencia en parte a su estilo de personalidad evitativo (factor predisponente). Esto le ha llevado a sufrir, desde edades tempranas, por el miedo al rechazo, no enfrentar ni exponerse a situaciones temidas, lo que ha derivado en un sentimiento de ineptitud al compararse con los demás. A este factor de vulnerabilidad se le une también ciertas situaciones que han funcionado de estresores y han favorecido la aparición de la problemática (factores precipitantes). Entre ellos encontramos la ruptura repentina con su pareja, el incremento de responsabilidad en su puesto de trabajo al tener que coordinar y liderar a grupos de personas, el conflicto vivido con uno de sus subordinados y la diferente etapa vital por la que están pasando sus amistades (matrimonios e hijos) con las que se compara.

El conjunto de todos estos factores predisponentes y precipitantes convergen dando lugar a un trastorno depresivo mayor. Los síntomas descritos por A. fueron sentimientos de tristeza y desesperanza, anhedonia, sentimientos de ineptitud, llanto descontrolado, preocupaciones acerca de su vida y del futuro, taquicardia y sensación de ansiedad, bloqueo ante los conflictos pérdida de interés y de energía.

Hipótesis de Mantenimiento:

Todos estos síntomas típicos del trastorno depresivo que presenta A. en el inicio de la terapia se mantienen por la visión global negativa que tiene sobre sí misma (“soy una inútil”, “me gustaría que las cosas me costaran menos como a los demás”). Esta visión se confirma cada vez que aparece una situación en la que su valía como persona puede medirse (hablar en público, gestionar conflictos con compañeros, relacionarse socialmente), activando esta visión global negativa sobre sí misma, lo que provoca que haga predicciones disfuncionales acerca del “poco éxito” que tendrá en esta situación. Esto produce que realmente su comportamiento no sea adaptativo (se confirman las ideas negativas sobre sí misma), acrecentando los síntomas depresivos. Así, se puede ver cómo se crea un círculo en el cual la baja autoestima mantiene la sintomatología ansioso-depresiva.

4.2. Modelo Explicativo

El caso de A. se explica siguiendo el modelo cognitivo conductual de baja autoestima de Fennell (1997).

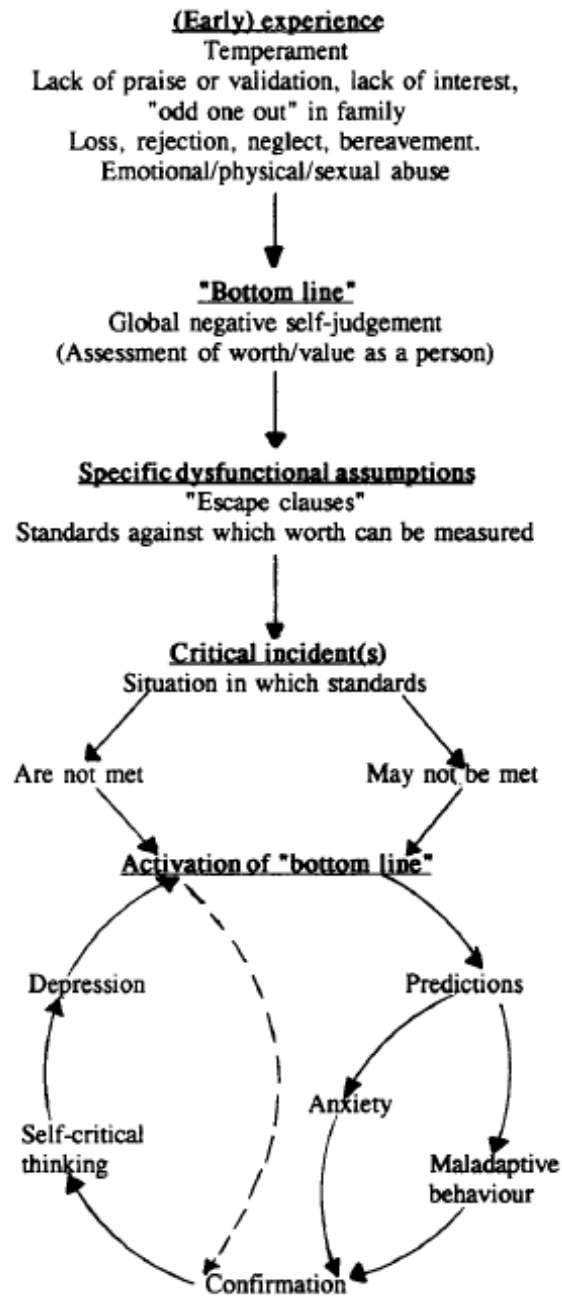
De acuerdo con este modelo, la baja autoestima sería una pieza clave en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos.

Esta baja autoestima se define como esquemas, siguiendo también la teoría cognitiva de Beck (1967) y los estudios de Bartlett (1932) (como se citó en Fennell, 1997). Estos esquemas consistirían en representaciones cognitivas generales que están basados en experiencias cuya labor es modificar la manera en la que la información que nos llega se procesa y se le da un sentido.

Siguiendo este modelo, la baja autoestima tendría su origen en experiencias tempranas, las cuales sirven a las personas para formar sus creencias acerca de sí mismos, el resto y el mundo. Cuando se dan ciertas circunstancias concretas, estas creencias se activan, provocando que se mantengan los síntomas depresivos.

Figura 1

Modelo cognitivo conductual de baja autoestima de Fennell (1997).



A continuación, se explicarán las distintas fases del proceso aplicado al caso de A.:

Experiencias Tempranas

Según este modelo, estas experiencias tempranas que derivan en baja autoestima son la interacción entre el temperamento de la persona y las experiencias vividas. En el caso de A. encontramos una personalidad de tipo evitativa, lo que ha favorecido el no enfrentarse a situaciones temidas y no sentir en demasiadas ocasiones la autoeficacia de resolver los conflictos que se le pudieran interponer. Esto se puede unir también a las experiencias vividas en la infancia en las cuales no se ha sentido integrada o han existido comentarios que han hecho que se cuestione su competencia social.

“Bottom Line”

Fennell (1997) también lo denomina autoesquema o creencia nuclear y consistiría en la conclusión negativa sobre sí misma a la que llega la persona tras las experiencias tempranas. En el caso de A., encontramos verbalizaciones, tanto en sesión como en autorregistros realizados, que muestran esta visión negativa sobre sí misma. Algunas de estas verbalizaciones son “tengo algo mal en mí que el resto no tiene”, “soy incapaz, todo me cuesta más que al resto de la gente”.

Suposiciones Disfuncionales

Estas suposiciones guían el comportamiento de las personas, poniendo condiciones irreales con las que medir su valía. Esto permite que se pueda aliviar de cierta manera la angustia que va intrínseca en la visión negativa de uno mismo. Así, en vez de cambiar estas creencias negativas, se pueden “autoengañar” en cierta manera. Al no cambiar las creencias incluidas en el “bottom line”, si no se

consigue o puede no conseguirse llegar a los mínimos irreales autoimpuestos para poder valorarse como persona, estas creencias se seguirán activando. En el caso de A. se puede observar que trata de ser muy competente en el trabajo, dedicándole muchas horas y esfuerzos para compensar su sensación de incompetencia en otras áreas.

Incidentes Críticos

Son aquellas situaciones en las que la valía se pone a prueba en función de las suposiciones disfuncionales. Cuando no se consiguen esos mínimos, se inicia un círculo vicioso, que se explicará a continuación, en el que se combinan pensamientos, sentimientos y comportamientos que únicamente sirven para confirmar las creencias nucleares negativas ya existentes. Estas situaciones pueden generar dudas o sensación de que no se llegará al mínimo necesario autoimpuesto (en el diagrama, se seguirá el camino de líneas sin puntear) o pueden realmente no llegar a ese mínimo (camino de líneas punteadas). Un ejemplo de esto en el caso de A. podría ser basar su valía como persona en ser querida y aceptada por el resto y como incidente crítico encontrar la ruptura repentina con su pareja, en la que realmente existe una situación de abandono o rechazo.

Predicciones Negativas

Aquellas auto verbalizaciones que aparecen al enfrentarse a los incidentes críticos. En el caso de A., algunas de las predicciones que refiere son “¿qué pasará si me equivoco delante de todos?”, “seguro que todos notan que no estoy capacitada para el puesto”, “con esta edad y sintiéndome así, esto nunca cambiará”.

Ansiedad

La activación psicofisiológica que se deriva de todo este proceso, que en el caso de A. la describe como agitación, taquicardia y ahogo, principalmente.

Comportamiento Disfuncional

Derivado de las predicciones negativas, finalmente el comportamiento puede realmente ser disfuncional. Éste puede ser evitativo de las situaciones temidas o puede realizarse de una manera más torpe de la que sucedería en situaciones sin estas predicciones catastrofistas. En el caso de A., principalmente aparecen comportamientos de evitación, mayoritariamente de evitación de situaciones sociales.

Confirmación

Normalmente, sea cual sea el resultado del incidente crítico, se suele ver como una prueba de realidad que permite seguir validando la visión negativa de la persona. Este proceso es debido a la percepción sesgada que existe y a la interpretación de la información que llega.

Pensamiento Autocrítico

Es el resultado de la anterior confirmación de la visión negativa. Los pensamientos autocríticos que encontramos en el caso de A. son “¿por qué siempre fastidio este tipo de situaciones?”, “nunca conseguiré comportarme como una persona normal”.

Depresión

Estos pensamientos negativos tienen una relación directa con el ánimo de la persona, apareciendo así la sintomatología depresiva. Esta sintomatología, a su vez, retroalimenta las creencias incluidas en el “bottom line”. La sintomatología depresiva presentada por A. consta de llanto continuo, anhedonia, ánimo notablemente disminuido, dificultades de concentración y falta de interés por actividades.

Existen otros estudios (Hilbert et al., 2018) que también relacionan la autoestima con la sintomatología depresiva.

4.3. Análisis Funcional del Problema

A continuación, se expone el análisis topográfico de las conductas problema que presenta A. de cara a una comprensión más profunda de la problemática para el diseño del tratamiento. Se destacan tres conductas principales como problemáticas y éstas son el aislamiento, la autoexigencia que se impone en el ámbito social y laboral y, por último, el autoesquema negativo que mantiene pensamientos destructivos hacia sí misma.

A. evita situaciones en las que se puedan ver cuestionadas sus habilidades sociales. En las que no puede evitar (algunas reuniones de trabajo) y considera que tiene que llegar a unos mínimos autoimpuestos para considerar que tiene el respeto de sus subordinados, le dedica muchas horas de trabajo para poder sentir control. Todo esto se mantiene también por los pensamientos negativos sobre sí misma, los cuales le ofrecen una explicación sesgada de todos los fallos o torpezas que comete, obteniendo así un autoconcepto desadaptativo y una autoestima disminuida. Estas conductas son

mantenidas a corto plazo gracias a la sensación de control que le proporcionan (refuerzo positivo) y al alivio del malestar y los síntomas de ansiedad derivados (refuerzo negativo). Sin embargo, a largo plazo encontramos que sigue llevando una vida en la que se pierde el contacto social deseado (castigo negativo) y sin habilidades asertivas para solucionar problemas de una manera más adaptativa, lo cual es algo muy negativo para ella. Esto produce grandes sentimientos de soledad y tristeza (castigo positivo) y una pérdida de confianza en sí misma y en sus capacidades (castigo negativo), lo que seguirá afectando a la vida en la que se percibe y, consecuentemente, a su autoestima.

Tabla 1

Análisis funcional del caso de A.

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
<p>Lejanos.</p> <p>Externos: Situaciones de ineficacia social en el entorno escolar.</p> <p>Internos: Rasgos de personalidad evitativa. Carencia de habilidades asertivas y de comunicación.</p> <p>Próximos.</p> <p>Externos: Demandas y responsabilidades derivadas del puesto de trabajo. Conflicto personal con subordinado del trabajo. Ruptura repentina con su pareja sentimental. Estilos de vida de su círculo social (casados y con hijos).</p> <p>Internos: Rigidez de pensamientos (dificultad para generar pensamientos alternativos).</p>	<p>Nivel cognitivo</p> <p><u>Aislamiento social</u> “Qué pereza salir ahora, mejor me quedo en casa” “Les voy a parecer aburrida, lo mejor será que anule la quedada”</p> <p><u>Autoexigencia</u> “Tengo que conseguir que mis subordinados me respeten sea como sea” “Si le dedico la mayor parte del día al trabajo seguro que todo sale bien” “Tengo que contar historias que sean lo suficientemente entretenidas o divertidas”</p> <p><u>Autoesquema negativo</u> “Soy lerda, estas situaciones no deberían costarme tanto” “Tengo algo en mí que está mal” “Me gustaría ser normal como el resto y que no me preocupasen estas cosas”</p> <p>Nivel fisiológico. Ansiedad, taquicardia, sensación de ahogo, falta de energía</p> <p>Nivel motor. No acudir a quedadas con sus amigos o no responder a sus llamadas telefónicas. Permanecer más horas de las estipuladas en su horario laboral en el trabajo. Evitar reuniones con sus subordinados o dedicarle demasiadas horas de preparación previa.</p>	<p>Corto Plazo</p> <p>Refuerzo (-): alivio de la ansiedad al dedicar muchas horas al trabajo.</p> <p>Refuerzo (+): sensación de control.</p> <p>Refuerzo (-): alivio del malestar al evitar situaciones sociales o de evaluación.</p> <p>Largo plazo</p> <p>Castigo (+): al dedicarle tantas horas al trabajo, las demandas y responsabilidades cada vez son mayores.</p> <p>Castigo (+): sentimientos de soledad y tristeza.</p> <p>Castigo (-): disminución de la capacidad de concentración.</p> <p>Castigo (-): pérdida de situaciones sociales deseadas.</p> <p>Castigo (-): pérdida de confianza en sí misma.</p>

4.4.Objetivos

Objetivo General

Disminuir la sintomatología depresiva, aumentando la autoestima y la confianza en sí misma.

Objetivos Especificos

Fomentar el autoconocimiento y la identificación y gestión emocional.

Identificar los pensamientos negativos y generar respuestas alternativas más adaptativas.

Incrementar el número de actividades agradables y ganar reforzadores.

Enfrentar situaciones problemáticas de manera asertiva desarrollando habilidades sociales.

5. Tratamiento

El plan terapéutico de A. ha incluido una fase de evaluación y otra de tratamiento.

La fase de evaluación ha consistido en entrevistas, cuestionarios y autorregistros para poder recoger la mayor información posible.

La fase de tratamiento ha consistido en el abordaje de cada uno de los objetivos anteriormente presentados, basados en las fases encontradas en el modelo de Fennell (1997) para la explicación de la conducta problemática descrita.

Tabla 2

Objetivos planteados y técnicas.

Objetivo	Técnica
Fomentar el autoconocimiento y la identificación y gestión emocional.	Psicoeducación conducta ansiosa. Psicoeducación conducta depresiva. Rueda de las emociones. Respiración profunda con retención de aire.
Identificar los pensamientos negativos y generar respuestas alternativas más adaptativas.	Modelo ABC. Creencias irracionales. Tríada cognitiva negativa. Distorsiones cognitivas y pensamientos alternativos. Reestructuración cognitiva.
Incrementar el número de actividades agradables y ganar reforzadores.	Activación conductual.
Enfrentar situaciones problemáticas de manera asertiva desarrollando habilidades sociales.	Terapias de exposición. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

El periodo de tratamiento de este caso abarca 17 sesiones en un periodo de 8 meses (octubre 2021 – mayo 2022). La duración de la terapia se vio alargada debido a los numerosos viajes de trabajo que A. tenía que realizar, por lo que, aunque inicialmente se establecieron sesiones semanales, hubo que optar finalmente por las sesiones quincenales.

El enfoque seguido para el tratamiento de este caso ha sido basado en la integración de diferentes terapias y técnicas de corte cognitivo conductual, ya que son efectivas para esta problemática según la literatura expuesta en la introducción. Se utilizaron los siguientes elementos de estos enfoques:

Terapia Cognitiva de Beck (Beck et al., 2010)

- Tríada cognitiva negativa: explicación de los patrones cognitivos que propician la visión idiosincrática de sí mismo, su futuro y sus experiencias. Esto se debe a las atribuciones que se hacen de las experiencias desagradables a defectos propios (“lo negativo que sucede es a causa de mis defectos”), la tendencia a interpretar las experiencias de un modo negativo, exagerado o con obstáculos insuperables (“todas las situaciones que me rodean me superan”) aunque existan otras interpretaciones alternativas más realistas y la percepción de que sus dificultades van a seguir indefinidamente, por lo que se anticipan una visión negativa del futuro.
- Distorsiones cognitivas y pensamientos alternativos: explicación y trabajo sobre las maneras erróneas que existen en el procesamiento de la información que nos llega. Las distorsiones cognitivas que se trabajaron fueron inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico.

- Reestructuración cognitiva: trabajo en la identificación y modificación de esos patrones cognitivos que producen finalmente las conductas desadaptativas, todo ello mediante el cuestionamiento de esas cogniciones y creencias negativas (examinar su utilidad, qué pasaría si fueran ciertas, pruebas de esos pensamientos, etc.).

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis (Ellis y Grieger, 1990)

- Modelo ABC: explicación acerca de la relación existente entre los pensamientos, emociones y sensaciones físicas y los comportamientos. Comprensión de por qué, ante una misma situación, las personas pueden desarrollar conductas y respuestas distintas. Los componentes de este modelo serían un acontecimiento activador (provoca que se activen los pensamientos y conductas que resultan problemáticas), un sistema de creencias (cogniciones que conforman cómo vemos al mundo y a nosotros mismos) y las consecuencias que se derivan (aquí se incluyen las respuestas emocionales y conductuales que se emiten moduladas por el sistema de creencias ante el acontecimiento activador).

Modelo de Activación Conductual de Martell et. al (2013)

- Establecimiento y monitorización de actividades siguiendo los 10 principios de este modelo de activación conductual: la clave para cambiar lo que se siente es cambiar lo que se hace, las estrategias a corto plazo de adaptación a cambios que pueden producir depresión pueden bloquear, importancia de entender qué procede y sigue a las conductas, programar actividades en función de un plan y no de un estado anímico, comenzar por cambios pequeños, importancia de

actividades que sean reforzadoras por naturaleza, actuar como entrenadores, enfoque empírico de resolución de problemas, ponerse en acción y detectar posibles obstáculos para la activación.

Técnicas de Exposición (Bados y García-Grau, 2011)

- Exposición en vivo: exponerse a situaciones temidas reales de manera sistemática como aquellas que se presentan en la vida cotidiana.
- Exposición simulada a través de *role-play*: a través de ensayos conductuales de situaciones que se consideran problemáticas. Estas situaciones son reproducidas en el entorno de sesión terapéutica.
- Exposición en imaginación: recordar situaciones problemáticas e imaginar que se están enfrentando, experimentando todos los estímulos que estarían presentes en la situación real.

Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad (García-Grau et al., 2019)

- El procedimiento seguido para el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad consistió en psicoeducación acerca de los estilos de comunicación, los componentes de las habilidades sociales y derechos asertivos (derecho a decir no, a expresar lo que se siente, a cometer errores, etc.). También se realizaron sesiones de modelado haciendo demostraciones en sesión y ensayos de conducta en los que poner en práctica lo aprendido en sesión mediante representaciones (exposición simulada). Estos ensayos iban seguidos de reforzamiento por parte del terapeuta y de práctica en la vida real (exposición en vivo).

Técnicas de Gestión Emocional

- Respiración profunda con retención de aire: con el objetivo de enviar el aire hasta la parte inferior de los pulmones y así oxigenar de manera adecuada la sangre en momentos en los que existe una elevada activación o tensión. La manera de realizarla será sentarse cómodamente con una mano sobre el abdomen, la cual se deberá elevar con las inspiraciones y volver a su posición inicial en las espiraciones. Se inspirará por la nariz durante cinco segundos, se retendrá el aire de cinco a siete segundos y se expulsará por la nariz o la boca lentamente durante unos diez segundos. Este proceso se repetirá dos o tres veces (García-Grau et al., 2008).
- Rueda de las emociones: se compone de las ocho emociones básicas (alegría, confianza, miedo, sorpresa, tristeza, aversión, ira y anticipación) y de los solapamientos que pueden existir (díadas primarias, secundarias o terciarias) para formar emociones más complejas (Plutchik, 2001).

Tabla 3

Cronograma de las sesiones.

Sesiones	Técnicas
Sesiones 1 – 4	<ul style="list-style-type: none"> -Explicación del funcionamiento de la terapia. -Firma del consentimiento informado. -Entrevista clínica semiestructurada. -Establecimiento vínculo terapéutico. -Cuestionarios. -Autorregistros. -Establecimiento de objetivos terapéuticos.
Sesiones 5 – 9	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoeducación sobre la conducta ansiosa y depresiva. -Activación conductual. -Ejercicios de gestión emocional y respiración. -TREC de Ellis (modelo ABC, autorregistros). -Terapia cognitiva de Beck (tríada cognitiva negativa).

Sesiones 10 – 13	-TREC de Ellis (modelo ABC, autorregistros). -Terapia cognitiva de Beck (reestructuración cognitiva, trabajo distorsiones cognitivas y pensamientos alternativos). -Activación conductual. -Técnicas de exposición.
Sesiones 14 – 16	-Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. -Técnicas de exposición.
Sesión 17	-Cierre.

Las cuatro primeras sesiones se dedicaron a la evaluación. A. acudió a consulta con muchos síntomas fisiológicos que dificultaban en gran medida el desarrollo de las sesiones, por eso se necesitaron cuatro para poder realizar una evaluación en profundidad. Es en esta etapa en la que se le recomienda dirigirse a su médico de cabecera para que valorase la necesidad de incluir medicación, la cual finalmente le fue recetada. Se pasaron los cuestionarios BDI-II y CEPER III y se enviaron autorregistros entre sesiones para poder analizar las situaciones, pensamientos, emociones y conductas respuesta que identificaba como problemáticas. Finalmente, se establecieron los objetivos terapéuticos y la planificación del tratamiento.

El siguiente bloque de sesiones (de la quinta a la novena) se dedicaron a la estabilización de la situación de la paciente. Lo primero que se realizó fue una psicoeducación acerca del funcionamiento de la conducta depresiva y ansiosa, remitiéndose a los elementos que influyen en su mantenimiento. A su vez, se incidió en la necesidad y la relevancia que tiene en los estados depresivos el realizar activación conductual y se comenzaron a programar pequeñas actividades que podía ir añadiendo en su día a día, poniendo objetivos pequeños y realistas (p. ej.: dar paseos de 15 minutos). Para controlar la sintomatología ansiosa que presentaba, se ofrecieron herramientas de gestión emocional, como la

respiración diafragmática. Como también le costaba mucho desde las primeras sesiones y los primeros autorregistros el identificar las emociones que sentía, se trabajó también con la rueda de las emociones para poder mejorar la identificación emocional. También relacionado con la psicoeducación, se fueron introduciendo términos y explicaciones de la terapia cognitiva de Beck y la TREC de Ellis. Más concretamente, se explicó el porqué de la visión negativa de todo que tanto le pesaba a través de la tríada cognitiva negativa de Beck. Además, se le explicó la relación y la influencia que existía entre los pensamientos/interpretaciones que se hacían sobre las situaciones que vivía, las emociones que sentía y las conductas que emitía, todo esto a través del modelo ABC de Ellis y las once creencias irracionales que propone. Para una mayor comprensión de estos conceptos, se siguieron mandando autorregistros como tareas para casa para poder analizar en sesión esta relación.

En las sesiones de la décima a la decimotercera fue cuando se realizó un trabajo más exhaustivo acerca de las cogniciones. Se siguió profundizando en el modelo ABC a través de los autorregistros y éstos se utilizaron también para comenzar a buscar pensamientos alternativos no basados en ideas irracionales o en distorsiones cognitivas, comenzando así la reestructuración cognitiva de A. Para conseguir esta reestructuración cognitiva, se fomentó el cuestionamiento de las cogniciones y creencias que se podían observar en sus autorregistros. Para facilitar este cambio que se comenzaba a dar en sesión, se enviaban tareas para casa para seguir examinando las pruebas o la utilidad de esos pensamientos que aparecían (preguntas para examinar los datos que se tenían a favor del pensamiento, la probabilidad de que fueran ciertos, reflexionar acerca de si ese pensamiento era útil para conseguir los objetivos o para solucionar el problema, etc.). También, se propusieron situaciones en sesión que para A. eran problemáticas para que

podiera imaginarse viviendo esa situación y reestructurara los pensamientos negativos que apareciesen (exposición en imaginación). En cuanto a la activación conductual, al ver el gran beneficio que tenían en su estado de ánimo, se siguieron estableciendo actividades cada vez de más complejidad para A., finalmente incluso consiguió apuntarse de voluntaria en una ONG, que es algo que deseaba y que le gustaba pero que nunca se había atrevido a realizarlo.

El último tramo de sesiones de tratamiento fue de la decimocuarta a la decimosexta sesión. En esta etapa la paciente ya tenía un buen manejo en buscar pensamientos alternativos más adaptativos, lo que se veía reflejado en los autorregistros, y era muy consciente del modelo ABC y de las distorsiones cognitivas, por lo que también su estado de ánimo y la sintomatología con la que llegó mejoraron considerablemente. Por ello, en esta franja de sesiones se trabajó principalmente en el entrenamiento en habilidades sociales. Se explicó el concepto de asertividad y derechos asertivos y se puso en marcha a través de técnicas de exposición, tanto exposición simulada a través de *role-play* durante las sesiones como exposición en vivo en situaciones temidas para ella. En ambas formas de exposición, se evitó el escape de las mismas mediante prevención de respuesta con el objetivo de que la evitación de estas situaciones no se convirtiera en una señal de seguridad (Echeburúa y del Corral, 2008). Estas situaciones en vivo se centraron principalmente en el ámbito laboral, al tener que interactuar con subordinados o dirigir reuniones y hacer exposiciones. Aunque, siguiendo el modelo de Fennell (1997) ya expuesto para este caso, la autoestima debería mejorar como respuesta a la modificación en el resto de áreas, se realizó también un trabajo en autoestima y en mejora de la confianza en sí misma. Este trabajo se realizó principalmente mediante el refuerzo en sesiones acerca de las metas que iba consiguiendo.

Por último, se realizó una sesión de cierre en la que se valoraron la consecución de los objetivos marcados al inicio de la terapia. Por los niveles alcanzados, se optó por finalizar ahí el tratamiento.

6. Valoración del tratamiento

6.2. Adherencia al Tratamiento

La duración total del tratamiento fue de 8 meses (octubre 2021 – mayo 2022). En este tiempo, se combinó la terapia farmacológica durante los primeros seis meses (consumo de *orfidal* durante un mes y de *escitalopram* durante seis meses aproximadamente) con la terapia psicológica.

Durante el transcurso del tratamiento psicológico, A. mostró muy buena adherencia al proceso y gran alianza terapéutica. Desde sesiones muy iniciales, ya refería estar aprendiendo y “ver un poco de luz al final del túnel”. Los cambios obtenidos respecto de la primera sesión que acudió fueron muy notables, destacando su implicación con los ejercicios realizados durante las sesiones y las tareas para casa al ver cómo iban mejorando su estado general.

Todo esto es aún más notable teniendo en cuenta la dificultad de tiempo con la que A. contaba. Al realizar tantos viajes de trabajo y tener que espaciar las sesiones a una periodicidad quincenal, podría esperarse que fuera más complicado desarrollar el vínculo terapéutico o la adherencia a las técnicas propuestas. Sin embargo, A. encajó muy bien con la psicóloga del centro y con la forma de trabajo y rápidamente entró en la dinámica terapéutica, consiguiendo grandes avances y obteniendo un pronóstico favorable.

6.2. Consecución de los Objetivos

En el caso de A., se propusieron ciertos objetivos terapéuticos a conseguir al finalizar el tratamiento, los cuales se evaluaron con instrumentos de medida específicos y se trataron con diversas técnicas terapéuticas ya descritas.

Tabla 4
Objetivos, técnicas e instrumentos de medida del caso de A.

Instrumentos de evaluación pretratamiento	Objetivos terapéuticos	Técnicas	Instrumentos de evaluación postratamiento
Entrevista semiestructurada. Observación.	Fomentar el autoconocimiento y la identificación y gestión emocional.	Psicoeducación conducta ansiosa. Psicoeducación conducta depresiva. Técnicas de gestión emocional (rueda de las emociones y respiración profunda con retención de aire).	Entrevista semiestructurada. Observación.
Autorregistros. Observación.	Identificar los pensamientos negativos y generar respuestas alternativas más adaptativas.	Terapia racional emotiva conductual de Ellis (modelo ABC). Terapia cognitiva de Beck (creencias irracionales, tríada cognitiva negativa, distorsiones cognitivas y pensamientos alternativos y reestructuración cognitiva).	Autorregistros. Observación.
Observación.	Incrementar el número de actividades agradables y ganar reforzadores.	Activación conductual.	Observación.
Entrevista semiestructurada. Observación.	Enfrentar situaciones problemáticas de manera asertiva desarrollando habilidades sociales.	Terapias de exposición. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.	Entrevista semiestructurada. Observación.
BDI-II	Disminuir la sintomatología depresiva, aumentando la autoestima y la confianza en sí misma (objetivo general).	Conjunto de todo el tratamiento.	Entrevista semiestructurada. Observación.

Como se ha comentado, la paciente obtuvo una buena evolución respecto a la consecución de los objetivos terapéuticos propuestos, los cuales se expondrán más detalladamente a continuación:

Fomentar el Autoconocimiento y la Identificación y Gestión Emocional

La paciente acudió a sesión con un muy pobre autoconocimiento. Los síntomas la desbordaban tanto que no era capaz de identificar qué emoción era la que sentía (cuando se le preguntaba cómo se sentía, la respuesta general era “no lo sé”) ni mucho menos cómo gestionarla. Mediante mucha psicoeducación y con la rueda de las emociones como apoyo, se pudo observar en las sesiones que A. consiguió al finalizar el tratamiento ser capaz de identificar y ponerle nombre a las emociones que sentía. Esto le permitió ser consciente de cómo se sentía cada emoción en su cuerpo y, al identificarla, poder poner en marcha las técnicas de gestión emocional, avance que ella misma refirió en las entrevistas en sesión. Mediante la técnica de respiración profunda con retención de aire, fue capaz de controlar los síntomas ansiosos que al inicio del tratamiento le paralizaban y poder seguir con las actividades que estuviera realizando.

Identificar los Pensamientos Negativos y Generar Respuestas Alternativas más Adaptativas

Este es el objetivo en el que más mejoras se han observado. A. acudió a terapia con pensamientos muy negativos, basados en creencias irracionales y cogniciones distorsionadas. Tras un trabajo muy centrado en su reestructuración, la paciente terminó siendo capaz por ella misma de darse cuentas de estos fallos de pensamiento que no le beneficiaban para cumplir sus propios objetivos. También fue determinante la comprensión de cómo ese sistema de creencias disfuncional afectaba directamente a su estado de ánimo y a sus acciones. Todo el cambio sucedido en cómo interpretaba las situaciones de su

vida cotidiana o cuáles eran las consecuencias en sus acciones, aunque las emociones fueran negativas para ella, se pudo observar en los autorregistros enviados como tareas para casa. Se pudo observar principalmente que, ante situaciones que hubiera evitado debido a estas creencias irracionales, comienza a enfrentarlas y a acudir a pesar de las emociones desagradables que pudiera estar sintiendo. Además, estas emociones desagradables también disminuyeron al comenzar a interpretar de una manera más realista las situaciones que vivía.

Incrementar el Número de Actividades Agradables y Ganar Reforzadores

En este objetivo también se pudo observar la diferencia existente entre el inicio de la terapia y la finalización de la misma. Cuando inició el tratamiento, A. no realizaba casi ninguna actividad en su día a día, exceptuando el trabajo. Le fue muy difícil poder encontrar actividades que le gustaran o que le resultaran gratificantes y reforzantes. Al finalizar la terapia, retomó algunas de las actividades que sí realizaba antes de comenzar con el estado depresivo que presentaba, como la práctica de deporte (se comenzó por objetivos pequeños, como realizar paseos cortos por su vecindario). Al ver los beneficios en su estado de ánimo, A. consiguió introducir actividades reforzantes mucho más demandantes que al inicio no se veía capaz, como apuntarse de voluntaria a una ONG relacionada con las personas en situación de calle, lo cual influyó también en la percepción de sí misma al mejorar la autoeficacia percibida.

Enfrentar Situaciones Problemáticas de Manera Asertiva Desarrollando Habilidades Sociales

En este objetivo se pudieron observar también mejoras, debido también a que la situación que principalmente había motivado a la paciente fue un conflicto con un subordinado en su trabajo. Es por ello que demostró mucha implicación también en las técnicas y ejercicios propuestos para la consecución

de este objetivo. Temporalmente este fue el último objetivo que se trabajó, por lo que el estado de ánimo general que presentaba A. era mucho mejor que el inicial, lo que pudo también influir en los avances que se observaron. Al terminar el tratamiento, la paciente era capaz de realizar *role-play* de situaciones que le resultaban problemáticas resolviendo la situación de una manera asertiva, velando por sus intereses. Además, esta práctica se trasladó a la exposición en vivo en situaciones reales. A. refirió en las entrevistas en sesión que se sentía capaz de resolver esas situaciones reales de una manera mucho más efectiva que al inicio de terapia. Refirió también que este era el objetivo en el que aún sentía que podía mejorar, ya que algunas situaciones laborales aún le costaban aplicar esas soluciones asertivas.

Disminuir la sintomatología depresiva, aumentando la autoestima y la confianza en sí misma

En cuanto al objetivo general de la terapia, se concluyó que se había alcanzado de una manera satisfactoria. Al inicio de la terapia se midió este objetivo a través de una prueba objetiva, el BDI-II. Al finalizar la terapia, se consideró que con los datos recogidos a través de las entrevistas realizadas y la observación en sesiones era suficiente para concluir que A. ya no se encontraba en un estado depresivo. En lo que se recoge en las sesiones, la paciente ya no presenta la sintomatología depresiva referida en la fase de evaluación (llanto continuo, falta de concentración, sin ganas de relacionarse, sentimientos de soledad, sensación de angustia o ansiedad permanente, autoexigencia laboral, etc.). Además, como se deriva del modelo de Fennell (1997), al modificar los objetivos anteriores, la autoestima de A. aumenta, disminuyendo también la sintomatología depresiva.

7. Discusión y Conclusiones

En este trabajo se ha presentado un caso de depresión con ansiedad, una condición muy común en las clínicas de psicología. En este caso se ha planteado un tratamiento compuesto por un conjunto de técnicas de corte cognitivo conductual para unos objetivos relacionados con esta sintomatología depresiva, principalmente en la modificación de cogniciones y en la adquisición de habilidades asertivas. Todo ello ha sido explicado desde un modelo explicativo que relacionaba toda esta sintomatología con una inadecuada autoestima. Es interesante ver desde este modelo explicativo cómo convergen en un círculo vicioso diversos aspectos que derivan en depresión y ansiedad y, aunque nuestro objetivo sea modificar las actitudes y conductas actuales, cómo influyen también las experiencias tempranas en la manera en la que se instaura la manera de interpretar y valorar la información que nos llega. Al tener una idea clara de cómo funciona el caso, más allá de la etiqueta que se otorgue, es fácil ver los puntos en los que hay que incidir a través del tratamiento. En este caso, se ha podido comprobar que el tratamiento basado en la unión de varias técnicas derivadas terapias cognitivo conductuales fue efectivo para el cumplimiento de los objetivos planteados, lo que derivó en alta terapéutica.

En este caso convergía también la terapia farmacológica junto con la psicológica. Se pudo observar que fue muy beneficiosa en la evolución del caso debido a que la cantidad de sintomatología fisiológica hacía casi imposible el desarrollo de las primeras sesiones. Sin embargo, considero que, aunque fue un buen apoyo durante un tiempo necesario, el cambio realmente se realizó y se asentó cuando A. entendió la naturaleza de su estado, las variables que se relacionaban para que tuviera ciertos síntomas y entendiera que podía trabajar sobre ello para cambiarlo. Con esto quiero destacar la importancia del

tratamiento psicológico, aunque exista un tratamiento farmacológico. Mientras que los medicamentos pueden suprimir ciertos síntomas durante un tiempo determinado, es un cambio en los patrones cognitivos y comportamentales lo que va a permitir que esos cambios se mantengan en el tiempo.

Como se comentaba, la sintomatología ansiosa y depresiva es probablemente de la sintomatología más común que se puede encontrar cuando se pregunta de manera general acerca de problemáticas de salud mental. Es muy posible que este tipo de sintomatología, dentro de una determinada gravedad y duración, aparezca en algún momento en la vida de cualquier persona. Es por ello que también se han desarrollado diversas técnicas y tratamientos enfocados a ellas. En este caso hemos podido ver cómo el enfoque cognitivo conductual ha ayudado a la paciente a modificar los mecanismos desadaptativos que estaba poniendo en marcha. Con la evidencia expuesta al inicio de este trabajo se ha podido comprobar que la terapia cognitivo conductual ha sido efectiva al usarse en casos similares al de A. Esto no significa que sea el único enfoque útil que se deba utilizar en este tipo de casos, se ha explicado también que hay otros enfoques considerados como eficaces en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Lo importante en el tratamiento de este tipo de casos, en los que convergen diversas cuestiones y que pueden arrastrar patrones cognitivos y conductuales desde hace muchos años, es realizar un buen análisis del caso en el que se pueda observar específicamente qué es lo que está fallando y sobre qué hay que aplicar las técnicas. Esto es importante para poder estructurar un tratamiento mucho más eficaz y, también, poder aumentar la implicación del paciente en su propio proceso. En este caso se ha podido observar también cómo la demanda más inmediata de la paciente era resolver un conflicto con un compañero, para lo que se podrían necesitar habilidades sociales y nociones

de asertividad. Sin embargo, el entender por qué tenía esa clase de problemas con sus subordinados en el trabajo y por qué esas problemáticas se habían generalizado también a cómo se relacionaba en general en su día a día o cómo enfrentaba los problemas que se le presentaban hizo que A. viera la importancia de trabajar sobre los pensamientos y las creencias disfuncionales que presentaba (inicio del círculo vicioso en el modelo de Fennell (1997)). El entender la función de sus conductas, por qué se habían originado y por qué se mantenían en el presente hizo que la adherencia al tratamiento y a las tareas enviadas como trabajo para casa fuera mucho mayor. Saber sobre qué se tenía que trabajar y ver los avances que se iban consiguiendo fue muy importante en la evolución del caso. También fue interesante ver cómo en este caso la paciente tenía un buen apoyo familiar y social (muy cercana con su familia, grupo de amigos que se preocupaban por ella y por su estado de ánimo, compañeros de trabajo que la apreciaban), lo que suele considerarse un factor de protección y de buen pronóstico en el tratamiento. Sin embargo, cierta parte de ese malestar también provenía de ese mismo entorno social, el cuál servía para compararse. Aquí se activaban creencias de cómo debería ser su situación personal a su edad (estar casada y con hijos como el resto de sus amigos y su entorno más cercano) y la frustración al no haberlo conseguido tras la ruptura repentina que vivió cuando ya tenía incluso fecha para casarse. Tras el trabajo en reestructuración cognitiva, se pudo ver cómo el tener este entorno social pasó de causarle malestar a funcionar, como sería previsible, como un factor de protección y de buena evolución terapéutica.

Como limitaciones en este caso se podría destacar la periodicidad de las sesiones. Inicialmente se propusieron las sesiones semanales, pero se vio imposibilitado por la agenda de la paciente. Esto a priori, en un caso de estas características en el que la sintomatología era tan elevada, podría parecer

contraproducente para el buen desarrollo de la alianza terapéutica. Sin embargo, gracias a los autorregistros y a las tareas entre sesiones, se aprovechó ese tiempo de más para afianzar y poner en marcha lo trabajado en sesión. Aunque esta característica sí que afectó a la duración total de la terapia, se ha comprobado que se puede desarrollar un buen vínculo y adherencia a pesar de que la terapia se inicie con sesiones más espaciadas temporalmente. También se puede encontrar como limitación el hecho de que no se disponga de una medida objetiva derivada de un test o cuestionario postratamiento. La psicóloga en su momento consideró que disponía de la información necesaria a través de los autorregistros, observación y las entrevistas en sesión para poder dar el alta terapéutica y considerar que los objetivos propuestos habían sido alcanzados. Habría sido interesante poder pasar de nuevo el BDI-II y comprobar objetivamente que la puntuación para depresión disminuía. Así mismo, hubiera quedado por planificar alguna sesión de seguimiento en la que poder comprobar si el objetivo de enfrentar situaciones problemáticas de manera asertiva desarrollando habilidades sociales, el cuál la paciente refirió que sentía que podría haber mejorado más, realmente se había mantenido en el tiempo o si, por el contrario, se necesitaba un pequeño recordatorio de las técnicas aprendidas. Realmente, hubiera sido interesante realizar un seguimiento y comprobar también los objetivos que consideraba que sí que había mejorado totalmente para ver su evolución en el tiempo y si se podía mejorar algo antes de que derivara en otra problemática, trabajando así la prevención de recaídas. Esto es relevante ya que al terminar el tratamiento expuesto y tras aproximadamente seis meses, la paciente volvió a acudir a sesión por cuestiones distintas a las que aquí se han expuesto, pero se exploró y se llegó a la conclusión de que sería necesario volver a trabajar sobre las habilidades sociales y la asertividad. Dada esta cuestión, habría que valorar si quizá se ha creado cierta dependencia con la psicóloga y con la terapia en general. Esto sería

problemático debido a que el objetivo de la terapia debería ser dotar a los pacientes de la mayor independencia posible para que, ante situaciones complicadas, puedan utilizar las herramientas aprendidas y superar los obstáculos sin la necesidad de la terapia. Como objetivo de futuro, sería necesario explorar este punto para poder valorar si se necesitan aplicar otras estrategias distintas de trabajo.

Como conclusiones del trabajo presentado se puede afirmar que, para este caso, un tratamiento compuesto por técnicas de diversas terapias cognitivo conductuales fue efectivo para conseguir tanto los objetivos específicos como el objetivo general, consiguiendo disminuir la sintomatología depresiva. Esto lleva a concluir la importancia de utilizar tratamientos basados en enfoques validados y eficaces, ya que es nuestro deber como profesionales. También destacar la importancia de que esos tratamientos validados y eficaces estén orientados a las características propias del caso, adaptando siempre las técnicas utilizadas a las conductas detectadas en el análisis funcional del caso. Considero que seguir analizando casos de práctica clínica y realizando investigaciones acerca de sintomatologías tan comunes como pueden ser la ansiosa y la depresiva es fundamental para conseguir ofrecer a los pacientes el tratamiento que necesitan y merecen. A pesar de ser una condición común en los problemas de salud mental, no todo el mundo que la sufre pide ayuda o simplemente recibe tratamiento farmacológico, sin poder acceder a un tratamiento psicológico de calidad. Es por ello que, aunque común, es necesario que los psicólogos como yo que nos iniciamos en la práctica clínica tras realizar el máster habilitante estemos muy entrenados en el estudio de este tipo de casos y podamos ofrecer la mejor de las atenciones a nuestros pacientes.

8. Referencias bibliográficas

Aragónés, E., Piñol, J. L. y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, 41(10), 545-551.

10.1016/j.aprim.2008.11.011

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.

Bados, A. y García-Grau, E. (2011). *Técnicas de exposición*. Universidad de Barcelona.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%c3%a9cnicas%20de%20Exposici%c3%b3n%202011.pdf>

BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II. (1996). Pearson Clinical & Talent Assessment.

<https://pearsonclinical.es/bdi-ii-inventario-de-depresion-de-beck-ii>

Beck, A. T., Shaw, B. F., Rush, A. y J. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.ª ed.).

Caballo, V. E., Guillén, J. L., Salazar, I. C., y Iruña, M. J. (2011). Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del “Cuestionario Exploratorio de Personalidad-III” (CEPER-III).

Psicología Conductual, 19(2), 277-302. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/01.Caballo_19-2oa-1.pdf

Caballo, V. E., Salazar, I. S. y Carrobbles, J. A. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 339-368) (2ª ed.). Ediciones Pirámide.

Carrasco, A. E. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado.

Interamerican Journal of Psychology, 54(2), 181-189.

<https://www.realyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2011). *Evaluación del inventario BDI-II*.

<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Echeburúa, E. y del Corral, P. (2008). Técnicas de exposición en F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 315-346). Ediciones Pirámide.

Ellis, A. y Gieger, R. M. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. Editorial Descleé de Brouwer.

Fennell, M. J. V. (1997). Low Self-Esteem: A Cognitive Perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 1-25.

García-Grau, E., Fusté, A. y Bados, A. (2019). *Manual de entrenamiento en respiración*. Universidad de Barcelona. https://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf

García-Grau, E., Fusté, A., Ruiz, J., Arcos, M., Balaguer, G., Guzmán, D. y Bados, A. (2019). *Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales*. Universidad de Barcelona.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/136063/1/ENTRENAMIENTO%20EN%20ASERTIVIDAD%20Y%20HABILIDADES%20SOCIALES.pdf>

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Hilbert, S., Goerigk, S., Padberg, F., Nadjiri, A., Übleis, A., Jobst, A., Dewald-Kaufmann, J., Falkai, P., Bühner, M., Naumann, F., y Sarubin, N. (2018). The Role of Self-Esteem in Depression: A Longitudinal Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 47(2), 244-250.
<https://doi.org/10.1017/s1352465818000243>

INE (2021). *La salud mental en la pandemia*. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística.
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20grave%20afecta%20a%20230.000%20personas&text=En%202020%2C%20se%20cifra%20en,sintomatolog%C3%ADa%2C%20230.000%20se%20consideran%20graves

IRSJD (2021). *La soledad multiplica por cinco las probabilidades de desarrollar una depresión*. Institut de Recerca Sant Joan de Déu. <https://www.irsjd.org/es/actualidad/noticias/829/la-soledad-multiplica-por-cinco-las-probabilidades-de-desarrollar-una-depresion>

Martell, C. R., Dimidjan, S. y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Editorial Descleé de Brouwer.

Nezu, A. M., (1987). A problem-solving formulation of depression: a literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90030-4](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90030-4)

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ortega, J. E., Callado, L. F. y Meana, J. J. (2008). El sistema noradrenérgico en la neurobiología de la depresión. *Psiquiatría Biológica*, 15(5), 162-174. [https://doi.org/10.1016/s1134-5934\(08\)76487-x](https://doi.org/10.1016/s1134-5934(08)76487-x)

Pérez, M. y García, J. M. (2003). Guía de tratamientos eficaces para la depresión en Pérez, M., Fernández, C., Amigo, I. y Fernández, J. M. (Ed.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I Adultos*. Ediciones Pirámide.

Plutchik, R. (2001). The Nature of Emotions. *American Scientist*, 89(4), 344-350. doi:10.2307/27857503

Purriños, M. J. (2008). *Escala de Hamilton – Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*. Servicio Gallego de Salud. <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>

Rehm, L. P., (1990). Cognitive and Behavioral Theories of Depression en B. Wolberg y G. Stricker (Ed.), *Depressive Disorders*.

Society of Clinical Psychology (2020). *Treatment: Acceptance and Commitment Therapy for Depression*. Division 12 of the American Psychological Association. <https://div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-depression/>

Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2*. Ministerio de Sanidad.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Valdés, A. (2014). *El tratamiento de la depresión de Albert Ellis*. Universidad Marista de Guadalajara.

Vallejo, J. y Urretavizcaya, M. (2015). Trastornos depresivos. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (8ª ed.).

Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E. y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11. <https://www2.papelesdelpsicologo.es/pdf/2030.pdf>

9. Anexos

Anexo A. Extracto de los Autorregistros

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN REACCIONES FÍSICAS	CONDUCTA
	<p>1. Descripción de acontecimientos o sucesos que suscitan la emoción (desagradables)</p> <p>2. El recuerdo o la vivencia de pensamientos que la provocan.</p>	<p>1. Anota los pensamientos que preceden a la emoción y también los indicios o recuerdos que se poseen por los mismos.</p> <p>2. Evalúa el grado de creencia de esos pensamientos de 0 a 100.</p>	<p>1. Especifica si te sientes cansado/a, triste, enfadado/a, deprimido/a, etcétera.</p> <p>2. Evalúa la intensidad de la emoción de 0 a 100.</p> <p>3. Describe las reacciones físicas.</p>	<p>¿Qué hago ante esta situación?</p> <p>Duración: tiempo que dura el proceso</p> <p>CONSECUENCIAS: ¿Qué pasó después?</p>
	cumplimientos	<p>Me da un parte pero no me apetece, acabo cosas y no me apetece, como si me usara a hacer.</p>	<p>80/ansiedad</p>	<p>una papera mental para controlar todas las llamadas</p>
	cumplimientos	<p>oy muy mayor y no sé cómo. disfruto hoy</p>	<p>Triste, deprimida 100</p>	<p>llorar</p>
	Domingo, comida en mi familia	<p>Espero que vaya bien y no me quera ir (100)</p>	<p>ansiedad pero controlada</p>	<p>Ir con ganas</p>
	Lunes, volver a la ofi	<p>otro día aquí, no quiero más estas llamadas, los amigos...</p>	<p>ansiedad, triste 70</p>	<p>llorar</p>
	Avisos de vuelta a viajar en el trabajo	<p>volver a ser afortunado no me encuentro bien 80</p>	<p>Ansioso, no se me nota, papirada 100</p>	<p>Aspirar y cambiar el pensamiento</p>
	Noticias de que se acabó el curso	<p>bien, por fin se acaba, pero sigo un día pensando de la persona de PEP y cómo se ha sentido con los cursos, me voy</p>	<p>Ansiedad, alivio pero muy nerviosa</p>	<p>llorar</p>

HA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN REACCIONES FÍSICAS	CONDUCTA
1. Descripción de acontecimientos o estados que suscitan la emoción desagradable. 2. El momento o la circunstancia de pensamiento que la provoca.		1. Anota los pensamientos que preceden a la emoción y analiza los vínculos o relaciones que se establecen por lo común. 2. Evalúa el grado de intensidad de esos pensamientos de 0 a 100.	1. Especifica si la emoción es ira, tristeza, ansiedad, depresión o miedo. 2. Evalúa la intensidad de la emoción de 0 a 100. 3. Describe las reacciones físicas.	¿Qué hago ante esta situación? Duración: tiempo que dura el episodio. CONSECUENCIAS ¿Qué pasa después?
	Trabajo: a mail hablando sobre un proyecto en presencia mirando sobre mi	¿Cómo va? De igual lo que yo hago que siempre me da falta y que siempre me da miedo.	Pánico, ansiedad, dolor, apatía	Intento calmarme pero no lo consigo. Me mira todo el día, todo con la fe y seguridad.
	↓	↓	Llorar, no dormir, exámenes mal	no puedo trabajar al verlos
	de nuevo cuando de no hacer, intento hablar pero no puedo de llorar al entrar en la sala	trato de hablar, no necesito la pena, ansiedad de debilidad y miedo al futuro	llorar, ansiedad, querer solo quedarme, no hablar en nadie	Quedarme, y comunicar que estoy en fase de...
	relacionado con lo ocurrido en los últimos días	ni pensamiento es proposita, no me siento preocupado por el futuro, débil y no dar la talk en mi punto	ansiedad, preocupación, incertidumbre, miedo	Pienso que el mundo está en camino que voy haciendo algo, pero...
	comida en mi mente y mi sobrio	quiero/pasado quedarme a mi casa	"porotal", no puedo ir, pero quiero ir	Uy y apando tranquilidad

FEA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN REACCIONES FÍSICAS	CONDUCTA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descripción de acontecimientos o sucesos que suscitan la ansiedad desagradable. 2. El recuerdo o la conciencia de pensamientos que la provocan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anota los pensamientos que preceden a la ansiedad y también los imágenes o recuerdos que se pasan por la cabeza. 2. Evalúa el grado de presencia de esos pensamientos de 0 a 100. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Especifica si te sientes ansioso/a, triste, enfadado/a, deprimido/a, etc. 2. Evalúa la intensidad de la emoción de 0 a 100. 3. Describe tus reacciones físicas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué hago ante esta situación? 2. ¿Qué pienso después?
	<p>Juntos todo sigue a pesar de la pérdida por un aumento de ansiedad. De repente empezó a sentir más ansiedad y se va todo a la noche (trabajo, alcohol.)</p>	<p>Pienso en todo lo que me pasa en general, nada en concreto.</p>	<p>ansiedad, me cuesta respirar (en la tripa) con normalidad. nervios, ganas de llorar. Mucha gente por tener gente en la calle</p>	<p>Respiro para intentar calmar la ansiedad de ansiedad. llorar (en la calle!!)</p>
	<p>compartirás preguntado por mis planes de finde semana.</p>	<p>Pienso: otra vez la gente preguntando que voy a hacer el finde, no</p>	<p>Me siento ansiedad, la nervios que no gestiona bien mi vida personal. Me genera ansiedad de estar que sentir cuando voy unida es fuerte</p>	<p>Doy respuesta típica de: "normal, quedo en amigos" y listo.</p>
	<p>Los grandes planes no tengo ansiedad de disfrutar de fines de semana, ni siquiera del trabajo</p>	<p>los días pasan por pasar</p>	<p>tristeza, ansiedad, fotos, joyas</p>	<p>Intento hacer lo positivo pero a veces llorar</p>
	<p>Recuerdo en lunes: ansiedad, otra vez trabajo:...</p>	<p>Pienso en que voy en los momentos malos situación otra vez</p>	<p>ansiedad, ganas de llorar, con nervios</p>	<p>Intento pensar en otros cosas. llorar</p>

Anexo B. Consentimiento Informado

PSICOMASTER

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECOGIDA DE DATOS DE LAS SESIONES

Desde el centro PSICOMASTER ubicado en Calle de O'Donnell, 32, Bajo D, 28009, se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Los datos recogidos podrán emplearse para el desarrollo de trabajos de investigación.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar, rogamos que nos lo comuniqué y a partir

1

PSICOMASTER

de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de formación y desarrollo profesional.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la recogida de datos de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación, investigación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en participar y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En, a de de 20.....

Firmado:

Don/Dña.: