



**VULNERABILIDAD COGNITIVA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO: A  
PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

Elena Díaz Aguilar y Rubén Sanz Blasco  
Universidad Complutense de Madrid

**COGNITIVE VULNERABILITY IN DEPRESSIVE DISORDER: A CASE REPORT**

Elena Díaz Aguilar y Rubén Sanz Blasco  
Complutense University of Madrid

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Elena Díaz Aguilar  
Dr. Rubén Sanz Blasco  
Facultad de Psicología  
Campus de Somosaguas, s/n.  
28223. Pozuelo de Alarcón.  
Madrid. España.  
[elenadiaz@cop.es](mailto:elenadiaz@cop.es)

## **Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: a propósito de un caso clínico.**

Presentamos el estudio de un caso clínico de una mujer de 30 años de edad que solicita atención psicológica derivada por la trabajadora social de un centro de atención primaria tras una ruptura sentimental. Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron: Cuestionario biográfico, entrevista semiestructurada y pruebas psicométricas. Se administró el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –Abreviado, ISRA-B (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002); el Cuestionario Tridimensional para la Depresión, CTD (Jiménez-García, Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2003); y el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad, IPDE (López-Ibor, Pérez-Urdániz & Rubio-Larrosa, 1996). Tras las pertinentes sesiones de evaluación, la información obtenida concuerda con el diagnóstico de F32.3 Trastorno depresivo mayor, episodio único, con síntomas psicóticos [296.24] según criterios DSM-V (APA, 2013). Desde una aproximación cognitivo-conductual, el tratamiento constó de las siguientes técnicas de modificación de conducta: psicoeducación, reestructuración cognitiva y metacognitiva, planificación de actividades graduales, entrenamiento en respiración abdominal, detención del pensamiento y entrenamiento en autoinstrucciones, técnica de solución de problemas y toma de decisiones y entrenamiento en habilidades sociales. Se presentan los datos de la evaluación pre y post-tratamiento así como una valoración cualitativa de los cambios obtenidos.

**Palabras clave:** Depresión, tratamiento cognitivo-conductual, perspectiva cognitiva, metacognición, caso clínico.

### **Cognitive vulnerability in depressive disorder: a case report**

A clinical case of a 30 year old woman derived by the social worker of a primary care center after a breakup is presented. As instruments of evaluation were used: biographical questionnaire, semi-structured interview and psychometric tests. The Inventory of Situations and Responses of Anxiety - Abbreviated, ISRA-B (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002); Three-dimensional Questionnaire for Depression, CTD (Jiménez-García, Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2003); and the International Review of Personality Disorders, IPDE (López-Ibor, Pérez-Urdániz & Rubio-Larrosa, 1996) were administrated. The information obtained is consistent with the diagnosis of F32.3 Depressive disorder, single episode, with psychotic symptoms [296.24] according to criteria DSM-V (APA, 2013). From a cognitive-behavioral approach: psychoeducation, cognitive and metacognitive therapy, gradual planning activities, abdominal breathing training, stop thinking and self-instruction training, technical troubleshooting and social skills training were techniques used in this treatment. Data pre and post-treatment evaluation and a qualitative assessment of the changes obtained are presented.

**Keywords:** Depression, Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive perspective, metacognition, clinical case.

## **Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: a propósito de un caso clínico.**

### **INTRODUCCIÓN.**

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas y advierte que se convertirá en una de las causas principales de discapacidad en el año 2030 (Mathers & Loncar, 2006). Esta misma organización define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2012).

En cuanto a su etiopatogenia, la depresión es un trastorno heterogéneo. Se trata de un problema con múltiples facetas y un amplio abanico de síntomas, que se presentan de un modo diferencial. El hecho de que puedan existir tantas causas de inicio como pacientes, hace que existan en la actualidad un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva propuesta por Beck, Rush, Shaw & Emery (1983), según la cual la depresión es, en gran medida, el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2002).

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989): 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas.

De acuerdo con el Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995), existen tres programas que cuentan con suficiente apoyo empírico como para ser considerados tratamientos bien establecidos para la depresión y son: la Terapia de Conducta (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985), la Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Sacco & Beck, 1995) y la Terapia Interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984).

A continuación, se describe el proceso de evaluación e intervención terapéutica de una paciente con diagnóstico de Depresión mayor, cuya base se encuentra en la psicoeducación sobre la problemática, la terapia cognitiva y la activación conductual según las directrices de los protocolos bien establecidos adaptados a la idiosincrasia del caso clínico.

### **MÉTODO**

#### ***Identificación de la paciente***

P., es una mujer de 30 años de edad, licenciada en ciencias de la información. En el momento que acude a consulta se encuentra soltera, sin hijos, con un nivel sociocultural medio-alto y en paro. En la actualidad, vive con sus padres después de haber estado

independizada durante 3 años. Los padres están jubilados y pasan la mayoría del tiempo en una segunda residencia. La paciente refiere que su madre presenta un diagnóstico de trastorno bipolar.

### **Historia del problema**

La paciente solicita atención psicológica debido a un estado de desesperanza y tristeza presente en los últimos meses. Señala que el inicio de este estado fue la ruptura con su pareja.

En Enero de 2013, se produjo la ruptura de esta relación y desde entonces se encuentra triste, con embotamiento afectivo, sin motivación por realizar ninguna actividad. Durante la ruptura, la paciente vivía una situación de inestabilidad laboral ya que se estaban produciendo despidos en su empresa. En Mayo de ese mismo año, la paciente padeció un proceso de estrés mantenido en el tiempo a consecuencia de una mayor demanda laboral produciéndose un episodio psicótico, motivo por el cual permaneció de baja laboral durante 3 meses. En septiembre, la empresa decidió finalizar su contrato. Durante el episodio psicótico, que tuvo una duración de semanas según cuenta la paciente, se produjo un intento autolítico mediante la ingesta de una gran cantidad de fármacos. Es atendida por un psiquiatra privado el cual prescribe un fármaco antipsicótico (Haloperidol) y un estabilizador del estado de ánimo (Depamide).

A raíz de la ruptura de la relación y del despido, P., tiene que volver al hogar parental lo que supone “un gran cambio para ella”. La paciente cuenta que su madre sufre Trastorno Bipolar I y, el tío paterno, padecía esquizofrenia y falleció por suicidio.

Por toda la historia familiar anteriormente expuesta, P., acude a consulta asustada por la posibilidad de sufrir un nuevo episodio psicótico, ya que, piensa que todo lo que le ocurre tiene exclusivamente un origen biológico. Todo esto hace que, aún siendo una paciente colaboradora, tenga expectativas dudosas respecto a la efectividad del tratamiento psicológico.

En el momento de la primera consulta, la casa que compartía con su pareja estaba en venta y esto hace que siga habiendo cierta comunicación. Se encuentra percibiendo la prestación por desempleo y es activa a la hora de buscar trabajo. No se siente cómoda viviendo a casa de sus padres, por lo que quiere “curarse cuanto antes” y rehacer su vida.

La paciente realiza continuas referencias a un pasado mejor y no acepta el cambio de vida sufrido en los últimos meses. Además, pronostica un futuro desolador, lo que le produce ansiedad y desesperanza.

### **Evaluación**

La evaluación se dirigió fundamentalmente a aquellas conductas problema que la paciente presentaba en las primeras sesiones de cara a la elaboración de un modelo explicativo y un plan de intervención con objetivos terapéuticos concretos, planteando el abordaje de los mismos con aquellas técnicas que se muestran más eficaces desde un punto de vista científico. La principal técnica empleada en el proceso de evaluación fue la entrevista individual semiestructurada. Para tener una medida pre y postratamiento se administraron los siguientes instrumentos de evaluación:

1. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Abreviado, ISRA-B- (Miguel-Tobal, & Cano-Vindel, 2002). El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) es un instrumento de evaluación basado en el modelo multidimensional de la ansiedad (Endler, 1975) y en el modelo de los tres sistemas de respuesta (Lang, 1968). Evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general), los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) por separado, así como cuatro rasgos específicos de ansiedad o áreas situacionales (ansiedad de evaluación, interpersonal, situaciones fóbicas y situaciones de la vida cotidiana).

El ISRA-B es una versión breve del ISRA original. Tiene las mismas Respuestas (24) y las mismas Situaciones (22), pero no tiene un formato interactivo SxR, con lo que el número de ítems es mucho más reducido:  $24+22=46$ , en lugar de 224.

Las puntuaciones obtenidas por la paciente muestran un nivel en el rasgo de ansiedad correspondiente a un centil 75. A nivel cognitivo presenta un nivel de ansiedad severo (centil 90), destacando reiteradas anticipaciones, pensamientos distorsionados así como dificultad en la toma de decisiones cotidianas y en solución de problemas. A nivel fisiológico descienden las puntuaciones a un centil 65 y a nivel motor aumentan a un centil 80.

En cuanto a las áreas situacionales o rasgos específicos que evalúa este instrumento, se presentan las siguientes puntuaciones: en F-I (ansiedad de evaluación) la paciente presenta un nivel de ansiedad de moderado a marcado (centil 75); en F-II (ansiedad interpersonal) se obtiene un centil 40, lo que corresponde a unos niveles moderados de ansiedad; en F-III o ansiedad fóbica se obtiene un nivel de ansiedad bajo (centil 15); y por último, en el factor F-IV correspondiente a la ansiedad experimentada por una persona ante situaciones de la vida cotidiana se obtiene un centil de 55, lo que equivale a la presencia de un nivel de ansiedad moderado.

2. Cuestionario Tridimensional para la Depresión - CTD- (Jiménez-García, Miguel-Tobal, & Cano-Vindel, 2003). Este autoinforme ofrece la posibilidad de medir el nivel de tristeza o depresión en tres niveles distintos. Así, se pueden obtener tres puntuaciones diferentes relativas a las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, además de una puntuación referida a la ideación suicida del sujeto.

El cuestionario consta de 34 ítems, de los cuales 10 pertenecen a la escala Cognitiva, 10 a la Fisiológica y 7 a la Motora. A su vez, los demás ítems se agruparían para la Ideación Suicida. Asimismo, tiene un ítem criterial “me siento triste”, que permite obtener una primera información rápida sobre la severidad de las respuestas del sujeto.

Los resultados obtenidos por la paciente fueron medidos según los baremos clínicos, en este caso de mujeres, y muestran un nivel general de tristeza o depresión correspondiente al centil 50. A nivel cognitivo presenta un nivel de depresión alto, centil 70. A nivel fisiológico desciende a un centil 15 y vuelve a aumentar a nivel motor a un centil 70. En cuanto a la escala de tendencia suicida, obtiene un centil 50.

3. Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad- IPDE- (López-Ibor, Pérez-Urdániz & Rubio-Larrosa, 1996). Se trata de una entrevista clínica semiestructurada cuyo objetivo es evaluar los trastornos de personalidad según criterios de la CIE-10 y de DSM-

IV. El módulo DSM-IV presenta un cuestionario de screening con 77 ítems (el utilizado). Las preguntas de este cuestionario son de Verdadero/Falso.

Los resultados de P., en este cuestionario muestran que su perfil de personalidad corresponde al Grupo C: patrones clínicos de evitación, dependencia y obsesivo-compulsivo.

### Análisis funcional del caso

A continuación se presenta el modelo explicativo del caso. Como vemos, la problemática se inicia a raíz de la acumulación de una serie de estresores con una intensidad, frecuencia y duración elevada (variable desencadenante), que unidos a los rasgos de personalidad, ciertos predisponentes pre-mórbidos, así como a un estilo cognitivo desadaptativo, dan lugar al inicio del cuadro psicopatológico. Estas variables cognitivas tienen como consecuencia el aumento de la actividad fisiológica y la aparición de los síntomas depresivos y ansiosos. Cuando estos síntomas se encuentran en fase aguda se produce el episodio psicótico.

En el momento en que aparecen los síntomas depresivos y ansiosos se produce una retroalimentación de las variables cognitivas desadaptativas que median en el inicio y mantenimiento de la problemática presente.

Además, es importante mencionar que el cuadro actual se manifiesta de manera bidireccional en otras áreas también afectadas de la vida de P., como son el apoyo social, las habilidades sociales o el estilo de afrontamiento y toma de decisiones, que a su vez, hacen que se mantengan los síntomas mencionados anteriormente.

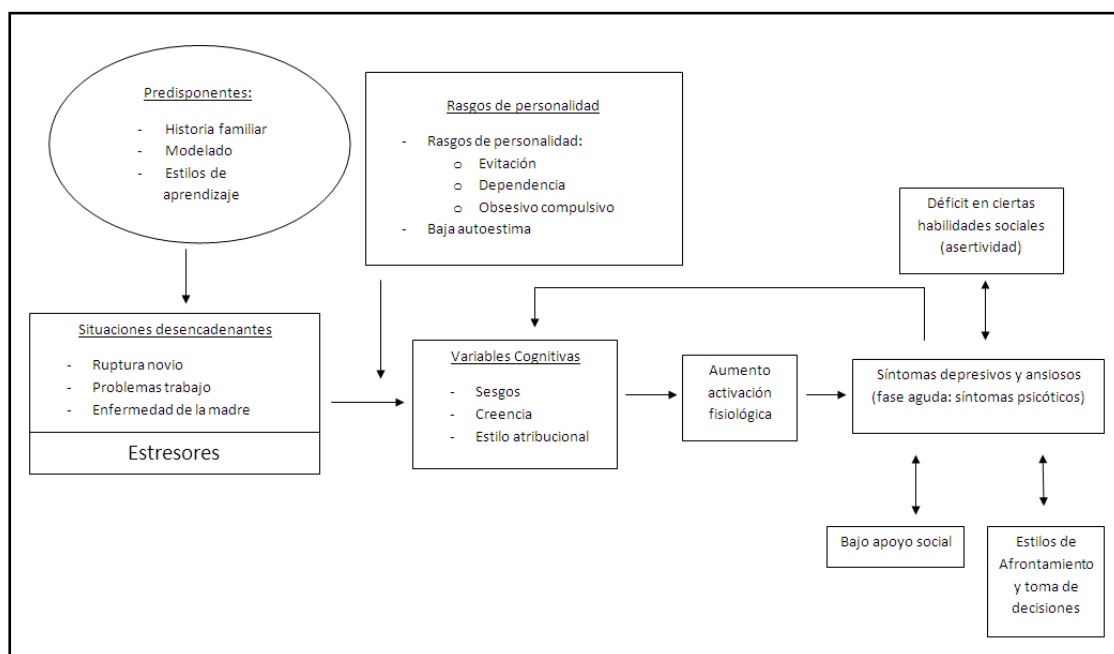


Figura 1. Análisis funcional del caso.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Atendiendo a la información recogida, tanto en las entrevistas clínicas como en los cuestionarios administrados, se puede determinar la presencia de un diagnóstico, según criterios DSM-V (APA, 2013) de F32.3 Trastorno depresivo mayor, episodio único, con síntomas psicóticos [296.24]. A pesar de la aparición de un episodio psicótico, no se cumplen criterios para trastornos de características psicóticas tales como la esquizofrenia. La aparición con anterioridad del episodio depresivo mayor, nos hace descartar la presencia de un Trastorno psicótico breve.

De acuerdo a la información recogida en la entrevista semiestructurada, no podemos determinar la presencia de otro trastorno mental en el eje I ni en el resto de los ejes de la evaluación multiaxial.

En este tipo de problemáticas hay que tener en cuenta que, como afirmaron Ghaemi, Boiman & Goodwin (2000), la forma de inicio del trastorno afectivo bipolar (TAB) suele ser un episodio depresivo, diagnosticando así al paciente de una depresión unipolar, debido a este error, puede existir un retraso de hasta 5 años para realizar el diagnóstico apropiado en el caso del TAB tipo I, y de más de 10 años en el caso del TAB tipo II. La posible vulnerabilidad cognitiva y biológica de esta paciente, hace necesario realizar las sesiones de seguimiento oportunas y aprender a detectar señales de alarma de un posible TAB retardado en el tiempo.

## TRATAMIENTO

### Objetivos del tratamiento

Como objetivo general se propuso reducir la sintomatología depresiva y ansiosa, tratando de disminuir así la probabilidad de ocurrencia de un nuevo episodio psicótico. Para alcanzar dicho objetivo general se propusieron los siguientes objetivos específicos:

- Obtener información sobre la naturaleza y funcionamiento del problema.
- Planificación de actividades y administración de tiempo.
- Identificar y modificar pensamientos y actitudes para producir un cambio en el estado emocional. Modificación de creencias, sesgos y estilo atribucional desadaptativo.
- Identificación y modificación de la forma de razonar, de aplicar el pensamiento en la forma de actuar y de aprender del entorno (creencias metacognitivas y metaemocionales).
- Detener cadenas de pensamientos automáticos negativos y sustituirlos por otros más adaptativos.
- Adaptación a la nueva situación: Aprendizaje en toma de decisiones y solución de problemas.
- Aprender a manejar el estrés en su vida cotidiana.
- Reducir niveles generales de activación.
- Mejora de las habilidades sociales.

Remarcar que a lo largo de la intervención se administraron diferentes autorregistros y lecturas recomendadas para cumplir con los objetivos planteados.





## Aplicación del tratamiento

Las técnicas de modificación de conducta aplicadas en este caso único fueron las siguientes:

Psicoeducación: Se realizaron unas sesiones iniciales dedicadas a explicar la naturaleza y el funcionamiento del problema, en este caso, la depresión. Se definieron los términos “ansiedad” y “depresión”, además de explicar los principales modelos teóricos de los que parte la terapia. Se informó a la paciente de las teorías existentes hasta el momento sobre la génesis y el mantenimiento de la depresión, haciéndola ver que pueden existir muchos factores o variables desencadenantes del problema, y no sólo el factor biológico en exclusividad. Por último, se trabajó con el modelo de Lazarus & Folkman del afrontamiento del estrés (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984).

Programación de actividades graduales (activación conductual): El cambio de vida sufrido por la paciente tuvo como consecuencia una reducción considerable de la actividad diaria. El registro y la programación de actividades son especialmente importantes cuanto más grave es la depresión y constituyen el primer componente del tratamiento propiamente dicho (Badós, 2008). Se planificaron actividades de forma graduada para administrar el tiempo de cada día de la semana (tales como levantarse de la cama e ir a hacer el desayuno o sacar al perro durante la mañana), llegando a tener un cuadrante diario por horas con las actividades a realizar.

Técnicas de reestructuración cognitiva y metacognitiva: La terapia cognitiva se sustenta en la teoría de una relación entre pensamiento-emoción-conducta. Trabajando con esta técnica, se persigue enseñar al paciente a identificar las creencias erróneas o pensamientos disfuncionales negativos y sustituirlos por otros más realistas y adaptativos. Haciendo uso del diálogo socrático, se busca desconfirmar las creencias irracionales para poner fin a las constantes rumiaciones y a las conductas de evitación realizadas por la paciente. Después de lo anterior, se proporcionan estrategias en solución de problemas y toma de decisiones.

Las sesiones de reestructuración cognitiva se dedicaron a debatir mediante un diálogo socrático aquellos temas que preocupaban a la paciente y la asediaban con pensamientos automáticos desadaptativos. En este caso, se detectaron pensamientos irracionales como “mi vida se ha destrozado por completo”, “todo me pasa a mí”, “no puedo hacer nada para remediar un nuevo episodio psicótico”, etc.

El proceso comienza enseñando a la paciente los errores de pensamiento más comunes en este tipo de problemáticas, tales como, pensamientos catastrofistas, magnificación o minimización, pensamiento absolutista o dicotómico, la sobregeneralización, el razonamiento emocional, etc. Gracias al trabajo realizado en casa mediante los autorregistros, se ayuda a la paciente a ir identificando dichos errores y, después en consulta, se discuten las evidencias a favor y en contra de éstos pensamientos irracionales. Cuando la paciente aprende a identificar y flexibilizar estos pensamientos, se añade una columna nueva al autorregistro para generar pensamientos alternativos más adaptativos y realistas. A continuación, se presenta un ejemplo ilustrativo de lo anteriormente explicado:



SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Hablo por teléfono con una amiga que también está en paro.	<i>No voy a encontrar trabajo nunca, no valgo para nada.</i>	Tristeza, frustración.	Me pongo a llorar

ERROR DE PENSAMIENTO	PENSAMIENTO ALTERNATIVO
Pensamiento dicotómico Sobregeneralización	<i>En la actualidad es difícil encontrar trabajo, seguiré haciendo todo lo que pueda para conseguirlo.</i>

**Tabla 1.** Ejemplo ilustrativo de un autorregistro de pensamiento.

Además, se trabajaron los estilos atribucionales que tanto interfieren en trastornos del estado de ánimo. Se explicó que las personas podemos atribuir la ocurrencia de un hecho a diferentes causas. El tener una tendencia relativamente estable a explicar las situaciones negativas o fracasos mediante causas internas (la causa es algo de la persona, no ambiental), estables (la causa se mantiene a lo largo del tiempo) y globales (la causa afecta a otras áreas de la vida, no sólo a ese tipo de situaciones concretas), puede ser un factor desencadenante de la depresión (Sanjuán & Magallares, 2006). P., aprendió a detectar cómo atribuía la ocurrencia de los hechos de su día a día y los clasificaba en los autorregistros. Una vez aprendido y automatizado este trabajo, se generalizó para pasar a hacerlo en su vida cotidiana.

Terapeuta: *Ahora que ya hemos hablado de los estilos atribucionales, quería hacerte referencia a un pensamiento que registraste la semana pasada que dice: “Nada me hace ilusión”.*

Paciente: *Ah sí... Me he dado cuenta de que llevo mucho tiempo sin ilusión por nada, creo que nunca volveré a recuperar la ilusión por las cosas como hacía antes.*

Terapeuta: *Atendiendo a este pensamiento, ¿puedes decirme qué tipo de estilo atribucional estás teniendo en los últimos tiempos?*

Paciente: *Es verdad que últimamente me digo a mí misma que todo es culpa mía por ser como soy, también pienso que nada va a cambiar y que no tengo nada bueno en mi vida.*

Terapeuta: *Ahora que ya sabes que este tipo de tendencias de atribución son desadaptativas y nos crean malestar, ¿qué piensas de estos pensamientos que tienes últimamente?*

Paciente: *Que no son reales, sé que hay cosas que me han pasado en las que tengo responsabilidad y en otras no. No tengo ilusión por las cosas porque estoy pasando un mal momento pero si lo pienso racionalmente, algún día estaré bien y disfrutaré de las cosas.*

Cuando el cambio en el contenido de los pensamientos se hizo patente, se pasó a una enseñanza acerca de cómo procesamos la información emocional. Se trabajaron las creencias metacognitivas y metaemocionales (cómo la paciente conceptualiza y procesa sus propias emociones) y su papel en el desarrollo de ciertos procesos psicopatológicos como la depresión. P., aprendió a diferenciar cogniciones simples y metacogniciones, es decir, las valoraciones o creencias sobre nuestra actividad cognitiva. Un ejemplo de ello a destacar es la creencia metacognitiva negativa de incontrolabilidad con la que la paciente funcionaba a un nivel de procesamiento superior (“No puedo controlar lo que me ocurre”).

La terapia metacognitiva se basa en un modelo de procesamiento de la información sobre los factores involucrados en la etiología y mantenimiento del trastorno psicológico (Wells, 2000). P., presentaba un estilo de afrontamiento dirigido a la experiencia psicológica negativa dando lugar a un patrón de pensamiento basado en la rumiación y la preocupación, la focalización de la atención en las amenazas externas e internas, la supresión cognitiva y las conductas de evitación. Este patrón de pensamiento se mantenía por la presencia de un gran número de creencias metacognitivas desajustadas del tipo “no controlo mis pensamientos”, “no puedo controlar mi estado”, etc. Trabajamos, también mediante diálogo socrático, con la paciente a un nivel metacognitivo y metaemocional, descubriendo las creencias metacognitivas que mantenían la problemática. Además, se plantearon situaciones concretas de la vida de P., para que identificase las emociones generadas en ellas, ayudándola a que descubriera los sentimientos desencadenados a partir de esas emociones y estableciéndose pautas de regulación emocional alternativas.

La terapia metacognitiva utiliza la retribución verbal de forma similar a la terapia cognitiva, aunque difieren en el enfoque. A continuación se expone un ejemplo transcrito del cambio a nivel metacognitivo de creencias positivas sobre la rumiación mediante diálogo socrático:

Terapeuta: *He detectado que piensas una y otra vez en lo qué pasó, en la ruptura, en el episodio psicótico, etc. ¿Crees que analizar el pasado te hará sentir mejor?*

Paciente: *Sí porque así prevengo que me vuelva a suceder,*

Terapeuta: *¿Entonces me estás diciendo que pensar en el pasado te ayuda a solucionar el malestar que tienes actualmente?*

Paciente: *No... no sé.*

Terapeuta: *¿Cuál es la evidencia de que analizar el pasado ayuda a solucionar tu problema con la depresión?*

Paciente: *Bueno realmente ninguna, pero no puedo dejar de pensar en eso.*

Terapeuta: *Parece que ves el pensamiento como algo dicotómico, es decir, o una cosa u otra. Estás analizando el pasado como una forma de hacer frente a tu malestar. ¿Cuáles son las consecuencias de esto?*

Paciente: *Supongo que continuaré analizando lo que ocurrió.*

Terapeuta: *¿Con qué frecuencia esto te hace sentir mejor?*

Paciente: *Pocas veces. Viéndolo así, creo que puede hacer que empeore en lugar de mejorar.*

Terapeuta: *¿Puede hacerte empeorar?*

Paciente: *Sí, creo que sí.*

Terapeuta: *Si pensamos a largo plazo, ¿cuánto crees que pensar así te va a ayudar?*

Paciente: *Tal vez no lo suficiente.*

Terapeuta: *¿Crees, por tanto, que puedes hacer las cosas de otro modo?*

Paciente: *Sí probablemente no estoy haciendo lo suficiente para ayudarme a salir de esto.*

Lo que se trató de alcanzar, fundamentalmente, fue la modificación de las sensaciones de incontrolabilidad, la tendencia a la rumiación como estrategia de regulación emocional y gestión de los problemas, minimizando así la probabilidad de recaídas y ciclos del estado de ánimo. El terapeuta ha de prestar atención a los contenidos explícitos verbalizados por el paciente para discernir el procesamiento subyacente y trabajarlo a un nivel metacognitivo y metaemocional (para una revisión al respecto, ver Leahy, 2003). En este caso en particular la paciente refiere afirmaciones del tipo “tener subidas y bajadas del estado de ánimo es algo bueno para mí porque me permite trabajar mejor”. Trabajamos sobre el beneficio que la paciente cree obtener mediante el mantenimiento de la creencia metacognitiva positiva acerca de la alternancia de su estado de ánimo, discutiendo acerca de las implicaciones de este afrontamiento emocional. Otro ejemplo podría ser “tengo miedo de recaer” o “todo lo que me sucede es biológico”. Tras estos contenidos explícitos se esconden algunas creencias metacognitivas negativas del tipo “no confío en mis recursos cognitivos”, “No controlo mi cabeza”, “no puedo regular mis estados emocionales”, etc. Un ejemplo resumido de reestructuración metacognitiva y metaemocional acerca de estos contenidos podría ser:

Paciente: *Creo que voy a recaer.*

Terapeuta: *¿Por qué piensas eso?*

Paciente: *Porque siempre acabo recayendo con el tiempo.*

Terapeuta: *Es cierto que tienes subidas y bajadas del estado de ánimo, eso no te lo voy a negar pero, ¿has observado si últimamente se mantiene del mismo modo eso que dices?*

Paciente: *Es cierto que últimamente son menos habituales.*

Terapeuta: *Entonces, ¿parece que no es verdad que tienes recaídas siempre? ¿Con qué coinciden las recaídas hacia el lado de la tristeza?*

Paciente: *Siempre que sube la carga de trabajo y me estreso más o me da por hacer muchas cosas.*

Terapeuta: *Sin embargo, antes me has comentado que las subidas y bajadas te venían bien para trabajar mejor.*

Paciente: *Sí, pero sólo a momentos parece. Yo lo que quiero es mantener eso pero controlándolo.*

Terapeuta: *Entonces quieres decirme que sólo a veces te viene bien. ¿Qué repercusiones has observado que sufres tras estar más apagada y después afrontar los problemas de una manera tan agotadora? Quiero que cierres los ojos por un momento y pienses qué sensaciones tienes en tu cuerpo cuando sucede eso. Céntrate ahora en esas sensaciones, trata de no analizar racionalmente la situación y dime qué sientes.*

Paciente: *Me siento más débil físicamente, cansada, como que me pongo mala y luego me siento más triste.*

Terapeuta: *¿Por qué lloras? Tranquila, permite que salga esa emoción y trata de decirme por qué se produce. Hace un momento, antes de que estuvieras llorando me decías que ese afrontamiento tan activo te venía bien para ser más productiva y llevar mejor el trabajo y la vida en general, ¿piensas lo mismo ahora sintiéndote así?, ¿qué beneficios tendrías si no hubiera ese afrontamiento oscilante?*

Paciente: *Supongo que más estabilidad en todas las cosas que hago y en mi ánimo, pero parece que descontrolo si hago eso.*

Terapeuta: *¿Descontrolas si haces eso?, ¿ahora tienes sensación de control?*

Paciente: *No, ahora no porque me he emocionado y no estoy bien.*

Terapeuta: *Parece entonces que la sensación de control la tienes precisamente en los momentos antes de sentirte como me has dicho ahora, y después esa sensación de control desaparece cuando tu estado de ánimo baja. ¿Crees que sería bueno para ti tratar de llegar a otro tipo de valoración acerca del control?*

Paciente: *Puede que sí, pero me resulta complicado....*

De manera complementaria, se le enseñó la técnica cognitiva de detención de pensamientos automáticos negativos y entrenamiento en autoinstrucciones. Se explicó la diferencia entre un diálogo que nos ayuda y es adaptativo y un diálogo negativo, destacando que, en los problemas emocionales, éstos suelen ser negativos y automáticos disparando así sentimientos de tristeza o desesperanza. El objetivo de esta técnica es parar o reducir la duración de estos pensamientos incrementando la sensación de control sobre ellos. El procedimiento que se le explicó a P., fue el siguiente: en primer lugar, tuvo que elegir una palabra de detención que fuera significativa para ella (p.e., stop, para, basta, etc.). Luego se le indicó que cada vez que detectara la presencia de pensamientos negativos se dijera la palabra elegida unida a otro tipo de estimulación como una palmada o un pequeño pellizco. Por último, debía introducir algún pensamiento alternativo del tipo “tú puedes”, “adelante”, “ánimo”...

El estilo de afrontamiento de la paciente se basaba en la evitación de situaciones problemáticas y en la preocupación constante. Para que todo esto cambiara, se trabajó la técnica o entrenamiento en solución de problemas (D’Zurilla & Goldfried, 1971). Para introducir a la paciente en el entrenamiento, se le explicó que existe una relación directa entre la depresión y un patrón de pensamiento basado en la rumiación y en la preocupación y no en la toma de decisiones o solución de problemas. Se le explicó de manera didáctica las cinco fases de la técnica (orientación hacia el problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, ejecución y verificación).

Seguidamente, se decidió (con la aprobación de la paciente) probar la técnica con un ejemplo concreto de su vida diaria. Un tema que se trabajó en terapia mediante la técnica de solución de problemas fue qué hacer con las cosas que tenía en la casa que compartía con su ex pareja (vajilla, ropa de cama, muebles...). Después de definir bien el problema, se dedicó un tiempo de la sesión a generar posibles soluciones mediante la técnica de la lluvia de ideas. Surgieron soluciones como: “regalarlo todo”, “llevar las cosas a la casa del pueblo”, “guardarlo todo en cajas y dejarlo en el trastero de su casa”, etc. Analizando, tanto a corto plazo como a largo plazo, las consecuencias de todas las opciones generadas en la fase anterior, se tomó la decisión consensuada de guardar las cosas en la casa del pueblo. La decisión tomada se llevó a cabo y se discutieron en consulta las consecuencias.

Técnicas de desactivación: Se entrenó a la paciente en respiración abdominal con el objetivo de reducir los niveles de activación fisiológica y además, dotar a la paciente de estrategias de control. Se le enseñó a respirar de manera diafragmática o abdominal en la consulta, motivando e insistiendo en la necesidad de practicar en casa para automatizar el proceso y conseguir los máximos beneficios.

Entrenamiento en habilidades sociales: En la evaluación pre-tratamiento, se detectó que, pese a tener un amplio abanico de relaciones interpersonales, la paciente no se

relacionaba de una forma adaptativa. Se trabajó con la paciente habilidades como expresar sentimientos, actitudes, deseos u opiniones, y a respetar el derecho de los demás de expresar lo mismo. El entrenamiento en habilidades sociales realizado constó de las siguientes partes (Caballo, 2005):

- Explicación de cada habilidad, su importancia, los beneficios que reporta, situaciones en las que es aconsejable utilizarla, componentes verbales y no verbales y cómo se realiza correctamente.
- Utilización de modelos, de forma que la visión de la escena refuerce la explicación e instrucción verbal.
- Role play, es decir, poner en práctica la habilidad en situación de aprendizaje. El objetivo de estos ensayos de conducta es aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas.
- Reforzamiento: Se da a lo largo de todos los ensayos, sirviendo tanto para adquirir nuevas conductas, como para aumentar determinadas conductas adaptativas en la persona.
- Retroalimentación: Se proporciona al paciente información específica para el desarrollo y mejora de la habilidad entrenada.
- Generalización mediante actividades que permitan transferir lo aprendido a otros contextos.

Un ejemplo de este entrenamiento es el realizado con la expresión de sentimientos. Después de la explicación de la habilidad (“Dar a conocer lo que sientes en un momento determinado acerca de lo que alguien te ha dicho, lo que alguien te ha hecho, o acerca de algo que te ha pasado”), se practicó en consulta mediante la detección de emociones en imágenes, historias, etc.

*María pasea por la calle, escuchando música y cantando. Sales de tu portal y te la encuentras, ves que está sonriendo, bailando mientras camina, dando palmadas.*

*¿Cómo se siente María? FELIZ*

*¿Cómo está expresando María ese sentimiento?*

*Expresión Facial: sonrisa, ojos muy abiertos.*

*Expresión Corporal: palmadas, bailando.*

*Expresión Verbal: já, já, cantando.*

*Cuando tú te sientes feliz ¿cómo lo expresas?*

A continuación, se practicó la habilidad en consulta, haciendo el terapeuta como modelo y poniendo ejemplos de situaciones contadas por la misma paciente.

*Recordemos la discusión que tuviste con tu madre la semana pasada. Ella te dijo, preocupada, que llevabas tres días en casa sin hablar con nadie. ¿Te acuerdas? Me gustaría que ahora hicieras el papel de tu madre y yo haré de ti en aquella situación. Fíjate en cómo me expreso de forma verbal y no verbal.*

Después se comentaban las situaciones, cambiando los papeles y reforzando las nuevas conductas adaptativas y las que ya poseía de antemano. Por último, se generalizaba mediante tareas para casa.

En la tabla 2, se muestra un cuadro resumen del plan de tratamiento establecido, incluyendo las técnicas seleccionadas y su orden de aplicación.

<b>Técnicas de tratamiento</b>	<b>Sesiones</b>
Evaluación clínica.	1 y 2
Devolución de información.	3
Psicoeducación y lecturas recomendadas.	3 y 4
Entrenamiento en respiración abdominal.	5, 6 y 7
Reestructuración cognitiva.	5-20
Reestructuración metacognitiva.	
Detención del pensamiento y entrenamiento en auto-instrucciones.	
Entrenamiento en solución de problemas.	
Entrenamiento en habilidades sociales.	
Prevención de recaídas (repaso de las estrategias aprendidas) y evaluación post-tratamiento.	21 y 22
Devolución de información.	23

**Tabla 2.** *Plan de tratamiento.*

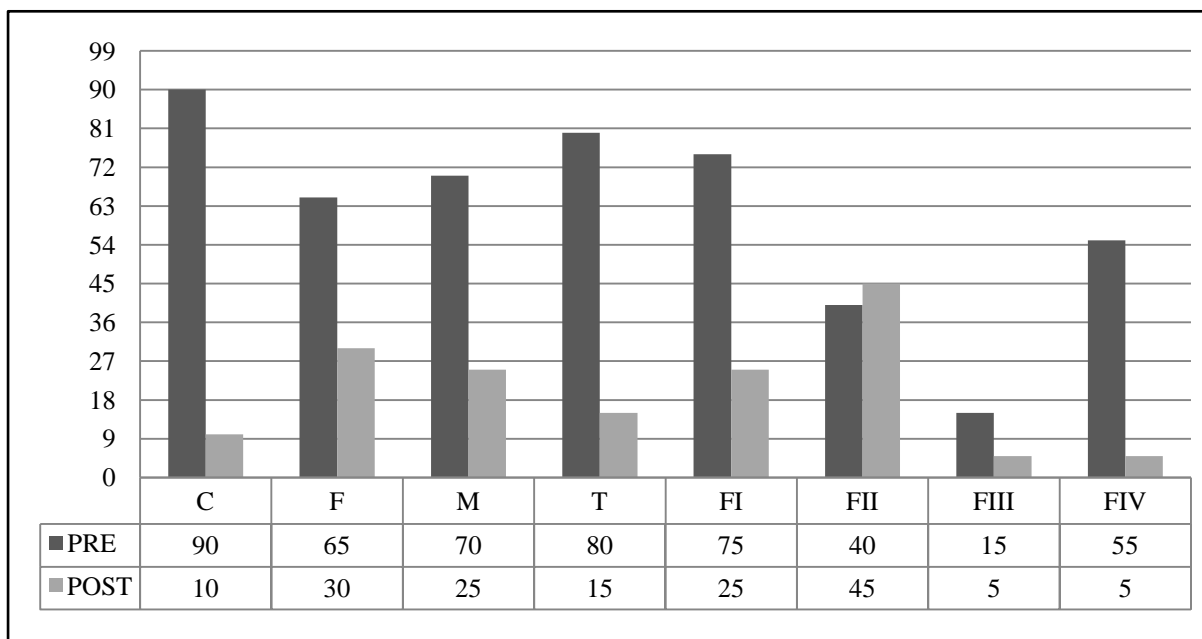
En la actualidad, y dada la información recogida en el proceso de evaluación acerca de la presencia de antecedentes familiares de trastornos afectivos con componentes de ciclado del estado de ánimo, se decidió ser prudente en el proceso del alta terapéutica, continuando con el trabajo realizado en seguimientos mensuales para asegurar en el tiempo la estabilidad de los objetivos alcanzados.

## **RESULTADOS**

Una vez trabajadas las técnicas expuestas en el plan de tratamiento y detectada una evolución cualitativa en consulta, se decidió valorar cuantitativamente la intervención terapéutica realizando un post-tratamiento con los mismos instrumentos utilizados en la evaluación inicial o pretratamiento.

Si observamos la Figura 2, detectamos una reducción sincrónica en el triple sistema de respuesta de la ansiedad y en la mayoría de las áreas situacionales o rasgos específicos que evalúa el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Abreviado -ISRA-B-. Nos gustaría destacar la bajada de puntuaciones en la respuesta cognitiva de la ansiedad, ya que, trabajamos prioritariamente con ella al detectar una posible vulnerabilidad cognitiva en la paciente.

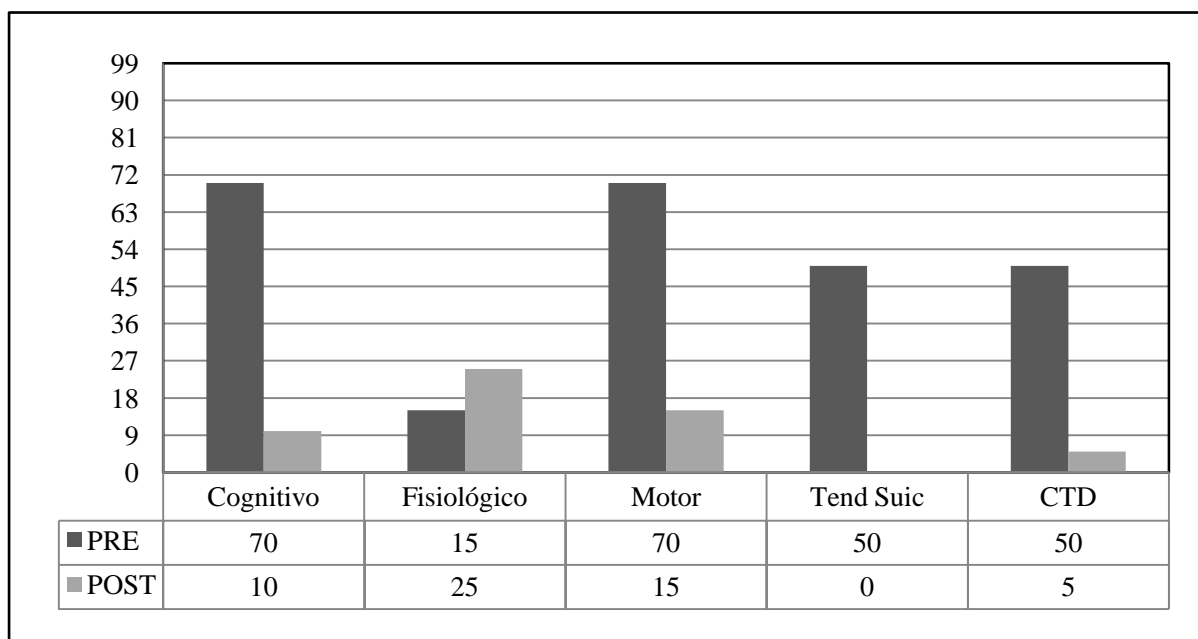




C=Cognitivo; F=Fisiológico; M=Motor; T=Total; F1= Ansiedad de evaluación; F2= Ansiedad interpersonal, F3= Ansiedad fóbica, F4= Ansiedad cotidiana.

**Figura 2.** *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Abreviado -ISRA-B. (Puntuaciones centiles).*

Atendiendo ahora a los síntomas depresivos que presentaba la paciente al inicio del tratamiento, y que suelen ser comórbidos a los trastornos de ansiedad, se observa una clara reducción de dicha sintomatología en el Cuestionario Tridimensional para la Depresión -CTD-, disminuyendo los niveles en las escalas que miden el triple sistema de respuesta y destacando de nuevo la bajada a nivel cognitivo de un centil 70 a un centil 10 (ver figura 3).



**Figura 3.** *Cuestionario Tridimensional para la Depresión -CTD- (Puntuaciones centiles).*

También se han producido cambios cualitativos destacables. Desde un primer momento, la paciente estuvo dispuesta a colaborar y a trabajar durante la semana. De este modo, P., pasó de un afrontamiento pasivo centrado en la preocupación y rumiación de la situación que estaba viviendo a uno activo basado en la toma de decisiones y solución de problemas. Este cambio de afrontamiento, se generalizó a otros ámbitos de su vida, haciendo así que aumentara la sensación de control y su autoestima al comprobar que ella era la única que podía cambiar la problemática presente.

Gracias a la explicación de los modelos teóricos de la depresión y de la ansiedad, la paciente entendió la relación funcional entre los factores implicados en su problema, consiguiendo que percibiera la utilización de conductas de evitación con asiduidad y reforzándose así la problemática presente. P., empezó a hacer todo aquello que evitaba antes del tratamiento (volvió al hogar que compartía con su anterior pareja, habla con los demás de lo que ha ocurrido, etc.)

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Con el presente artículo queremos destacar algunas variables de importancia en el éxito del tratamiento. En primer lugar creemos acertada la elección del uso de un tratamiento cognitivo-conductual en este tipo de problemáticas. En las últimas décadas, las investigaciones se han centrado en avalar la eficacia de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (TEA), siendo ya necesario el trabajo con estos tratamientos como primera opción de intervención, atendiendo a la idiosincrasia de cada paciente (Chambless & Ollendick, 2001; Pérez, Fernández, Amigo & Fernández, 2003). En nuestro trabajo en particular, el tratamiento además de intervenir sobre el estilo de afrontamiento de la paciente, las conductas de evitación y la activación conductual, se centró fundamentalmente en trabajar a un nivel cognitivo y metacognitivo, que era lo que esencialmente mantenía las conductas problema. Todo ello, explica el decremento apuntado en las puntuaciones a nivel cognitivo en las medidas de autoinforme administradas.

Por otro lado, otra variable importante a mencionar es la gran adhesión de la paciente al tratamiento, realizando todo tipo de recomendaciones que se le sugerían y trabajando durante la semana en casa con autorregistros y actividades varias. Según Acosta, Rodríguez y Cabrera (2013), existe unanimidad en que la relación terapéutica, y especialmente la alianza terapéutica, es un aspecto fundamental para la adherencia, y un aspecto esencial, pero no curativo en sí mismo, para el éxito de la psicoterapia.

Este afrontamiento activo del problema ha hecho que el trabajo de la paciente sea constante durante el tratamiento pese a tener dificultades de índole laboral y/o familiar que podían haber minado este esfuerzo. Por tanto, consideramos que el buen funcionamiento del tratamiento ha estado muy influido por esta variable, además de reducir en consideración el número de sesiones de tratamiento.

En cuanto a las limitaciones de nuestro trabajo hay que señalar la importancia de realizar seguimientos a pacientes con cuadros clínicos parecidos al presentado en este artículo siendo prudentes en el alta terapéutica, ya que, además de la vulnerabilidad cognitiva y biológica que presenta la paciente, es muy frecuente un diagnóstico inadecuado en este tipo de casos (Hirschfeld, Lewis & Vornik, 2003).

Por otro lado, nos encontramos ante un estudio de caso único por lo que debemos ser prudentes en la interpretación de los resultados encontrados, y más aun, en su generalización hacia otros casos similares. Como proponen Badós, García y Fusté (2002), es necesario trabajar en la elaboración de una guía consensuada sobre el tipo de variables dependientes que deben seleccionarse y sobre los criterios de éxito que deben utilizarse en cada trastorno. A pesar de tratarse de un estudio de caso único, con las dificultades de extrapolación que ello supone, los resultados apoyan el buen funcionamiento del Tratamiento cognitivo-conductual en casos de Depresión Mayor.

A modo de conclusión, queremos hacer hincapié en la responsabilidad que tenemos los psicólogos clínicos de utilizar aquellos tratamientos bien establecidos que, desde un punto de vista científico, se muestran más eficaces en el abordaje de los distintos trastornos psicológicos. De esta manera, podremos dotar a la sociedad de soluciones más eficientes y efectivas a problemáticas cada vez más crecientes como son los trastornos emocionales.

## REFERENCIAS

- Acosta, F., Rodríguez, L. & Cabrera, B. (2013). Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(2).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Badós, A. (2008). Terapia cognitiva de Beck. En F.J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta*, (pp. 517-533). Madrid: Pirámide.
- Badós, A., García, E. & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual review of psychology*, 52, 685-716.
- D' Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78, 107-126.
- Endler, N. S. (1975). A person-situation interaction model of anxiety. En C.A. Spielberger & I.G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 145-164). Washington: Hemisphere Publishing.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E. E. & Goodwin, F. K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry*, 61(10).
- Hirschfeld, R. M., Lewis, L. & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 64(2): 161-74.
- Jiménez-García, G. I., Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2003). *Cuestionario Tridimensional de la Depresión (CTD)*. *Ansiedad y Estrés*, 9 (1), 17-34.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. s. c.: Basic Books

- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shleien (Ed.), *Research in Psychotherapy*, III. Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing. Traducción española: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Leahy, R.L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, (eds.), *Handbook depression* (pp. 352-375). Nueva York: Guilford
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss & R. Bootzin, (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando: Academic Press
- López-Ibor, J. J., Pérez-Urdániz, A. & Rubio- Larrosa, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Módulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.
- Mathers, C.D. & Loncar, D. (2006). *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine* 3(11): e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.
- Miguel-Tobal, J.J. & Cano-Vindel, A.R. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad: Manual*. Madrid: TEA.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Depresión*. Recuperado el 20 de Enero de 2015, de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J.R., Fernández, C. & Amigo, I. (Eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Perris, C. (1989). Cognitive therapy with the adult depressed patient. En A. Freedman, K.M.Simon, L.E. Bleutler y H. Arkowitz (Dirs.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 299-319). Nueva York: Plenum
- Sacco, W. & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. En E. Beckham & W. Leber (comps.), *Handbook of Depression*. New York: The Guilford Press
- Sanjuán, P. & Magallares, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 91-98.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3 - 23.
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F. & Becoña, E. (2002). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8, 417- 449.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. London: Wiley.