



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2015/2016  
Convocatoria Junio

**Modalidad:** Intervención en un caso clínico

**Título:** Intervención cognitivo conductual en un caso de depresión mayor moderada

**Autor:** Jennifer Berná Ruiz

**Tutor:** Diego Macià Antón

Elche a 30 de Junio de 2016

# ÍNDICE

1. Resumen -----	Pág 3
2. Introducción -----	Pág 4
3. Descripción del caso -----	Pág 5
3.1. Identificación del paciente, motivo de consulta e historia del problema -----	Pág 5
4. Evaluación -----	Pág 7
4.1. Estrategias de evaluación -----	Pág 7
4.2. Resultados de la evaluación -----	Pág 9
5. Formulación clínica del caso -----	Pág 10
6. Tratamiento -----	Pág 11
7. Resultados -----	Pág 19
8. Discusión -----	Pág 22
9. Referencias -----	Pág 23
Tabla 1 -----	Pág 8
Tabla 2 -----	Pág 8
Tabla 3 -----	Pág 9
Tabla 4 -----	Pág 10
Tabla 5 -----	Pág 16
Tabla 6 -----	Pág 21
Gráfico 1 -----	Pág 19
Gráfico 2 -----	Pág 20
Gráfico 3 -----	Pág 20

## Resumen

---

Se muestra la intervención en el caso de una mujer de 34 años que presenta un trastorno depresivo mayor moderado que ha sido a causa de un suceso traumático. Los objetivos que esta intervención tiene son disminuir los síntomas depresivos que sufre a consecuencia del trastorno y ayudar a que vuelva a tener un nivel de desempeño similar al que tenía antes del acontecimiento estresante. Los instrumentos que se han utilizado han sido una entrevista semiestructurada, el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), escala de depresión de Hamilton (HAM-D), autorregistro del grado de malestar, autorregistro de actividades gratificantes y autorregistro del sueño. El tratamiento aplicado fue de tipo cognitivo-conductual con técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, activación conductual e inoculación del estrés principalmente. El análisis de los resultados obtenidos evidenciaron la consecución de los objetivos planteados, ya que disminuyeron sus síntomas depresivos, aumentó su capacidad de afrontamiento y logró retomar el control de su vida. El siguiente informe muestra pruebas de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en un caso clínico de trastorno depresivo mayor moderado.

**Palabras clave:** Trastorno depresivo mayor moderado, intervención cognitivo-conductual, inoculación del estrés, reestructuración cognitiva, experimento caso único, caso clínico.

## Introducción

El presente informe muestra la intervención en un caso en el que la paciente ha sufrido un suceso traumático o estresante que no ha aceptado correctamente que ha dado lugar a la aparición de síntomas depresivos. Se buscan conseguir principalmente dos objetivos con esta intervención, el primero de ellos es aliviar los síntomas depresivos que sufre la paciente y el segundo es ayudar a lograr un nivel de desempeño parecido al que tenía antes del evento estresante.

La paciente sufre un trastorno relacionado con alteraciones del estado de ánimo, se trata de un trastorno depresivo mayor moderado (F32.1 Trastorno depresivo mayor moderado. DSM 5. APA, 2014). Los síntomas que padece interfieren en su capacidad para trabajar, dormir y disfrutar de aquello que anteriormente le resultaba placentero. Este problema la ha afectado hasta tal punto que le impide desenvolverse con normalidad en su vida diaria. Además de esto, hay que destacar que la existencia de este trastorno no solo afecta a la propia paciente, también a las personas que se preocupan por ella. Los síntomas que están afectando a M son presencia de sentimientos de tristeza, ansiedad, vacío, desesperanza e impotencia, irritabilidad, pérdida de interés por las actividades que antes disfrutaba, fatiga, insomnio, ganas de llorar, intentos de suicidio, entre otros.

Muchos y variados acontecimientos pueden llegar a provocar los síntomas asociados a un trastorno de adaptación. En general, los eventos desencadenantes suelen ser la muerte de un ser querido, divorcio o problemas de pareja, cambios en la vida, enfermedad o cuestiones de salud propios o de un ser querido, mudarse a una casa o lugar diferente, catástrofes inesperadas o preocupaciones por temas económicos.

En este caso, el trastorno depresivo provoca tanto una reacción emocional como conductual ante el suceso traumático sufrido por M, la muerte repentina de su madre, que provoca altos niveles de estrés y un cambio en la vida actual de la paciente, al cual no ha logrado ajustarse correctamente y que ha conllevado la aparición de respuestas negativas como los intentos de suicidio o la tristeza.

La intervención será de tipo cognitivo conductual, ya que es el tipo de tratamiento considerado de primera elección por la APA (Crespo y cols, 2012) para los trastornos depresivos mayores. Y se usarán técnicas de relajación, la técnica de inoculación del estrés (Meichenbaum, 1974), activación conductual, reestructuración cognitiva y control de la calidad del sueño como estrategias principales de tratamiento de los síntomas depresivos de M.

Con esta combinación de técnicas, pero más concretamente con la inoculación del estrés, se pretende conseguir el objetivo que planteó Meichenbaum (1974) cuando desarrolló esta técnica. Dicho objetivo es lograr aumentar las habilidades y destrezas de la paciente para que así pueda disminuir o eliminar su activación fisiológica y sustituir las interpretaciones negativas por una perspectiva más positiva. Por lo tanto, se pretende conseguir que M identifique las situaciones que mayor grado de malestar provoquen en ella y así aprender a afrontarlas y disminuir dicho malestar y, además, reestructurar su forma de pensar negativa hacia una visión más positiva que consiga mejorar su calidad de vida y se eliminen síntomas tan dañinos para ella como los pensamientos de suicidio.

Por lo tanto, la terapia cognitiva se considera útil porque consigue que el sujeto reestructure sus pensamientos, pasando de focalizar su atención en la añoranza por aquello que ha perdido a tener más presente la planificación de su futuro y las posibilidades de cambio que ofrece la situación en la que se encuentra.

## **Descripción del caso**

### **Identificación del paciente, motivo de consulta e historia del problema**

La paciente es una mujer de 34 años, M, la cual concluyó su formación académica en el momento que obtuvo el graduado escolar y se incorporó a la vida laboral. Actualmente se dedica a trabajar en una tienda como dependienta, pero sin contrato de trabajo. Su núcleo familiar está compuesto por su marido, con el que mantiene una relación desde los 14 años y están casados desde hace 9, además, tiene 2 hijos, los cuales tienen 7 y 18 años. Su hogar no está localizado en la misma ciudad donde anteriormente residía con sus padres, si no que a la edad de 17 años tomó la decisión de mudarse con su pareja a la ciudad de éste.

Fue a los pocos meses de tomar esta decisión cuando afirma haber tenido los primeros problemas que desencadenaron en un episodio depresivo, ya que se quedó embarazada, era muy joven y no tenía la capacidad de afrontarlos.

Tiene un diagnóstico anterior de depresión hace 10 años con duración aproximada de 4 meses pero no está llevando una medicación formal, sin embargo la paciente afirma que ha estado buscando información tanto en Internet como en libros especializados sobre los síntomas que ella se nota y le parece que cuadran dichos síntomas en los establecidos para la depresión. Además, aunque no toma medicación alguna, ella toma infusiones naturales tales como la valeriana o la tila en los momentos que se encuentra agitada para calmarse.

La paciente acude a consulta porque sus familiares más allegados se lo aconsejan debido a que han notado un gran cambio en M, ya que era una persona muy extrovertida, alegre y siempre tenía ganas e ilusión por realizar actividades y ahora es justo lo contrario. Sus familiares han notado ese cambio, sobre todo, a partir de un suceso muy traumático para la familia, este suceso fue la repentina muerte de su madre hace 4 años. Esta nueva situación parece haberla superado y ha afirmado en numerosas ocasiones sus deseos de suicidarse para no soportar el sufrimiento que la rodea, llegando incluso a haberlo intentado varias veces sin éxito. Además, se siente culpable por no poder ayudar a su padre y hermanos como ella considera que necesitan para que éstos puedan soportar mejor la situación de duelo y la sensación de ausencia de la madre en el hogar familiar, ya que no tiene medios para acudir regularmente a verlos.

El motivo de consulta son los cambios negativos que los familiares han notado en M desde la muerte de su madre, siendo lo más destacado que ya no disfruta con las actividades que anteriormente realizaba, su red de amistades se ha reducido mucho, se muestra más irritable, se le ve más triste, llora muy a menudo y muestra su intención de querer suicidarse, habiéndolo intentado en varias ocasiones.

Desde la primera entrevista realizada en el momento que la paciente acude a consulta, se le informa de que la totalidad de la información que transmita en las consultas posteriores va a tratarse con confidencialidad. Y, por otro lado se realiza un proceso de consentimiento informado para continuar con las sesiones, el cual consta de información sobre la comprensión que la paciente tiene de aquello que se le comunica, sobre los

objetivos que la intervención tiene, acerca tanto de los beneficios como de las posibles molestias que se pueden ocasionar, sobre los riesgos de la intervención y las posibles alternativas de actuación que tiene y, por último, se le informará de los derechos y responsabilidades que tiene como paciente.

## **Evaluación**

### **Estrategias utilizadas**

Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada psicológica, para tener mayor flexibilidad a la hora de la recogida de información, ya que se combinarán preguntas creadas anteriormente a la fecha de la entrevista y creadas especialmente para este caso y preguntas espontáneas que vayan surgiendo a lo largo de la entrevista con la paciente.

Se confeccionaron varios autorregistros, el primero de ellos medía el grado de malestar (Tabla 1) que M padecía en ciertas situaciones, en el cual tenía que ir anotando dichas situaciones, la emoción y el pensamiento que le surgía, el grado de malestar que le provocaba y la fecha en que había sucedido. Para medir el sueño y su calidad (Tabla 2) y las actividades gratificantes (Tabla 3) se usaron dos autorregistros, uno para cada uno de los factores. El primer autorregistro analizó las dificultades de sueño que tiene la paciente diariamente anotando la latencia de conciliación del sueño y el grado de descanso. El autorregistro sobre actividades fue semanal midiendo el número de actividades y su nivel de satisfacción.

Se administró el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, A., 1996) adaptado en su última versión en España por Sanz, J., y Vázquez, C. (2011). Es un autoinforme que permite medir la presencia y gravedad de la depresión, está compuesto por 21 ítems que corresponden a los síntomas especificados por el DSM-IV y CIE-10. Se responde mediante una escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta (de 0 a 3) a excepción de los ítems 16 y el 18 que tienen 7. Este instrumento tiene una puntuación mínima de 0 y puntuación máxima de 63 y posee una consistencia interna de 0,83 (Sanz, J. y Vázquez, C. 1998)



**Tabla 3.** Autorregistro de actividades.

DÍA	HORA	ACTIVIDAD	NIVEL DE DIFICULTAD (0-10)	DE NIVEL DE PLACER (0-10)	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ SIENTO?
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

### Resultados de la evaluación

En el BDI-II ha obtenido una puntuación de 25, la cual está enmarcada en el rango de “depresión moderada” establecido en este instrumento (29-63). Esto indica que M padece problemas depresivos y que, además están en un rango medio que podría llegar a ser preocupante. Por lo que a nivel emocional está afectada por síntomas tales como tristeza, pérdida de placer o pensamientos de suicidio.

Por otro lado, ha obtenido en HAM-D una puntuación de 22, la cual está situada en el rango “depresión moderada” (18-24). Este resultado vuelve a indicar que M sufre síntomas depresivos y, nuevamente, a un nivel moderado y tiene problemas tanto a nivel somático como comportamental teniendo síntomas como sentimiento de culpabilidad, alteraciones del sueño y déficit en actividades gratificantes.

Por último, en el autorregistro del grado de malestar puntuó de media un 7 a las situaciones que anotó, siendo esta puntuación algo elevada y que indica que las situaciones vividas por M no son agradables para ella. Y, además se observan que tanto los pensamientos y emociones que ha expresado en el registro son de tipo negativo. En el autorregistro diario del sueño, M muestra una latencia media de conciliación del sueño de 60 minutos, es decir, le resulta difícil quedarse dormida y muestra también un grado de descanso bajo, 40. En el autorregistro de actividades se observa que tan solo un 15% de las

actividades son gratificantes y, por lo tanto, el 85% restante son no gratificantes para ella.

### Formulación clínica del caso

La conducta problema principal de M es el bajo estado de ánimo, el cual está relacionado con el trastorno adaptativo debido a la situación estresante vivida. En base a esto, se ha llegado a un análisis funcional de M (Tabla 4) en el que se tienen en cuenta los estímulos que provocan el problema, las respuestas de M y las consecuencias derivadas.

**Tabla 4.** Análisis funcional del caso M.

ESTÍMULOS	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS
<b>Factores de vulnerabilidad:</b>	<b>Cognitivas:</b>	-Tristeza
-Elevada autoexigencia	-Pensamientos automáticos negativos	-Sentimientos de culpa
-Estilo cognitivo rumiativo	-Estilo atribucional depresivo	-Irritabilidad
-Problemas de afrontamiento	-Rumiaciones	-Estado de ánimo negativo
-Episodio depresivo anterior	-Dificultad en solución de problemas	-Disminución actividades placenteras
<b>Antecedentes remotos:</b>	-Falta de concentración	-Pérdida apoyo social
-Cambio de lugar de residencia y de estatus económico	<b>Fisiológicas:</b>	-Disminución autoestima y autocontrol
-Más responsabilidades	- Insomnio	-Aumento gravedad de los síntomas
<b>Antecedentes próximos:</b>	- Disminución apetito	
	<b>Motoras:</b>	
-Sentimientos de culpa	-Evitación de lugares o personas que recuerden suceso	
-Reexperimentación del suceso	-Verbalizaciones devaluativas	
	-Aislamiento progresivo	
	-No realización de actividades en compañía	

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los instrumentos y la información proporcionada por M, se confirmó la presencia de un problema en el estado de ánimo de M, más concretamente de la existencia de un Trastorno depresivo mayor moderado. (DSM 5.

APA, 2014) Este diagnóstico se realiza en base a los síntomas de este caso y al antecedente biográfico con características estresantes.

Se trata de este trastorno porque se cumplen los criterios diagnósticos establecidos para éste:

(a) Tiene estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, ha disminuido su interés o placer por las actividades que realizaba, pérdida importante de peso, insomnio, fatiga, sentimiento de culpa e ideas suicidas; (b) los síntomas causan malestar significativo y afectan a las áreas vitales; (c) episodio no se atribuye a efectos de sustancias o afección médica; (d) el episodio depresivo no se explica mejor con otros trastornos como la esquizofrenia y (e) nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

La hipótesis funcional de este caso es que el estado anímico de M está afectado por sus cogniciones y esto llega a afectar a su forma de comportarse. Al tener pensamientos negativos, hace que su estado de ánimo también tenga aspectos negativos y como consecuencia aparecen los síntomas depresivos que la afligen. Esta hipótesis está basada en el modelo depresivo de Beck (Beck, 1979), el cual afirmaba que tanto las conductas, como los pensamientos y las emociones están interconectadas, por lo que las cogniciones van a tener influencia directa sobre las emociones que se experimentan en distintas situaciones y dichas emociones van a influir sobre la forma de comportarse.

### **Tratamiento**

La intervención consiste en 14 sesiones, una por semana y con una hora de duración cada una. Las 2 primeras sesiones se utilizaron para la recogida de la información pertinente para la intervención. En la tercera, se comienza con la psicoeducación de M. A partir de la cuarta sesión se empieza con el aprendizaje de técnicas y estrategias. Estableciéndose sesiones de seguimiento para 3, 6 y 12 meses de la finalización del tratamiento para hacer una comprobación de la evolución de los cambios y avances conseguidos durante la intervención.

Partiendo del análisis funcional de M, se establecen estos objetivos terapéuticos: (1) Reducir las respuestas negativas, (2) controlar las preocupaciones y reducir pensamientos negativos, (3) incrementar reforzadores positivos y (4) aumentar percepción de control de su vida. En resumen, con la intervención se pretende lograr una disminución de los síntomas

que padece M y que ésta recupere un nivel de desempeño similar al que poseía antes del acontecimiento estresante.

La intervención fue del tipo considerado de primera elección por la APA (Crespo y cols, 2012) para los trastornos depresivos mayores. Dicho tratamiento es la terapia cognitivo conductual (TCC), la cual tiene como objetivos aliviar los síntomas, apoyar a M en el afrontamiento de su problema, conseguir una reestructuración cognitiva y reforzar el sistema de apoyo social. Esta terapia se realizará mediante el uso de técnicas de relajación, inoculación del estrés, activación conductual, control de la calidad del sueño como estrategias principales.

A lo largo del tratamiento, se usaron técnicas fundamentadas en los principios de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (2002) como por ejemplo mostrar empatía y fomentar las expectativas de autoeficacia.

A continuación, se van a detallar todas las sesiones incluidas en la intervención de M incluyendo una descripción y las tareas que realizó.

En la *sesión 1*, se realizó la presentación, se trató el motivo de consulta y se hizo la primera recogida de información mediante una entrevista con M y otra, por separado y con el consentimiento de la paciente, con sus familiares más allegados. Recogiendo así la historia del problema.

En la *sesión 2*, se hizo una recogida más exhaustiva de información mediante la realización de la entrevista semiestructurada administración de la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) para analizar el nivel de interferencia de los síntomas depresivos en la vida diaria de M, es decir, cómo afecta el estado de ánimo deprimido en sus áreas vitales más importantes. Se le pidió a M que hiciera una lista con las situaciones que consideraba amenazantes de forma gradual (de más a menos), dando comienzo a la inoculación del estrés y, por último, se explicaron los autorregistros del grado de malestar y de la calidad del sueño y se le entregaron para que los cumplimentara.

La *sesión 3* fue utilizada para la devolución de la información obtenida en los instrumentos de la sesión anterior y se dio inicio a la psicoeducación. Se informó de qué es un trastorno depresivo mayor, sus síntomas y aquello que hace que se esté manteniendo,

consiguiendo establecer un análisis funcional del caso. Además, se explicó la importancia de los pensamientos y las preocupaciones sobre el estado de ánimo de una persona.

Se explicaron los resultados de la evaluación realizada, se analizó la información aportada mediante autorregistros y, conjuntamente con M, se establecieron los objetivos terapéuticos y se le aportaron pautas de higiene del sueño que debía seguir. En casa, M volvió a cumplimentar los autorregistros.

En la *sesión 4* se resolvieron las dudas existentes de las sesiones anteriores y se analizaron los resultados de los autorregistros cumplimentados anteriormente haciendo una comparación entre ambos. Se hizo una explicación de las características del trastorno depresivo usando un modelo simple explicativo donde se definen los síntomas y su importancia. Además, se clarificó e interpretó el significado que el estresor tiene para M y se ayudó a que encontrara un nuevo significado más adaptativo. A continuación, se comentaron los principios básicos de la terapia cognitivo conductual (TCC): centrarse en el presente, terapia estructurada, necesidad de una colaboración activa, etc. Por último se explicaron brevemente los componentes del tratamiento.

En la *sesión 5*, se inició la planificación de tipo gradual de actividades gratificantes. Para esto, se hizo un análisis de las actividades placenteras pasadas, presentes y futuras, se discutió el significado de “placentero” mediante la utilización de ejemplos de actividades que M hacía anteriormente o hace en la actualidad. Para que vaya haciendo gradualmente más tareas que M sea capaz de disfrutar, se asignaron mínimo dos tareas agradables sencillas diarias para que así tuviese alternativas si no podía hacer una. Hacia el final de esta sesión se hizo exposición en imaginación con algunas situaciones estresantes y se inició el entrenamiento en relajación muscular para lograr la tensión. Como tareas para casa, M tenía que cumplimentar los autorregistros y realizar la relajación explicada dos veces al día.

Es en la *sesión 6* cuando se hizo el aprendizaje de técnicas que tenían el objetivo de que M se sintiera más calmada, disminuyeran sus sentimientos de culpa y preocupaciones. A parte de aprender técnicas como son el entrenamiento en parada de pensamiento y la utilización de autoafirmaciones positivas, también se comprobó si había realizado o no la relajación muscular explicada en la sesión anterior y se explicaron las posibles dudas existentes acerca de cualquiera de las tres técnicas nombradas anteriormente.

Como tarea para casa, M debía practicar las técnicas que había aprendido y anotar en autorregistro de grado de malestar cómo se sentía en un rango del 1 al 10 al final de cada día para así llevar un seguimiento de la eficacia de las técnicas aportadas. Además, tenía que seguir con los autorregistros.

En la siguiente *sesión*, la número 7, se realizó el mantenimiento de las actividades gratificantes mediante el control de los autorregistros de semanas anteriores. También, se hizo una planificación de actividades interpersonales como quedar a comer con los compañeros de trabajo. Para analizar las posibles dificultades que podrían ocurrir, se realizó un ensayo imaginado de la situación interpersonal elegida y se hizo un listado de los posibles problemas que la paciente consideraba que podría tener y se identificaron aquellos pensamientos que podrían impedir el disfrute. Por último, se le enseñó un modo de actuar alternativo ante las situaciones que considera de malestar elevado como recurso de afrontamiento a las sensaciones y pensamientos negativos. Como tareas para casa, M tenía que seguir practicando las técnicas aprendidas, cumplimentar autorregistros y tenía que llevar a cabo la actividad interpersonal.

Tras estas primeras 7 sesiones, se apreció en la paciente una mejoría en el estado y funcionamiento general, habiendo empezado la mejora de los síntomas del estado de ánimo depresivo. Siendo en la *sesión 8* cuando se hizo una revisión conjunta de la consecución inicial de los objetivos terapéuticos, se reforzó su actitud positiva y activa en el proceso y control de los síntomas. Se comprobó si la paciente había llevado a cabo la tarea interpersonal que eligió la semana anterior y, también se revisó la ocurrencia o no de las dificultades que la paciente incluyó en el listado sobre los posibles problemas que M pensaba que podrían ocurrir. Al final de esta sesión se le recordó la importancia de que continuara practicando las técnicas y estrategias aprendidas, de las cuales ya tenía adquirida la rutina de realizarlas cada día.

En la *sesión 9*, se aportaron estrategias en solución y afrontamiento de problemas para mejorar las capacidades que M tenía para afrontar los problemas específicos de la vida con el fin de que pudiera manejarse mejor tanto a sí misma como al factor estresante. Además, se pidió a M que construyese un listado con los estímulos que consideraba amenazantes para, posteriormente, practicar cómo reaccionar ante dichos estímulos en situaciones concretas mediante la técnica de role-playing en la propia sesión. Con esta técnica se pretendía trabajar sobre el control de sus pensamientos y emociones, haciendo

un primer acercamiento a la reestructuración cognitiva mediante el uso del diálogo socrático.

Por último, se planificó la realización de una serie de actividades durante la semana próxima y se recalcó la importancia de que dichas actividades fuesen gratificantes. Como tarea en casa, M apuntó en el autorregistro desarrollado para evaluar el grado de malestar las cogniciones y sensaciones positivas y negativas que experimentó durante las actividades.

En la *sesión 10* se llevó a cabo una revisión de las cogniciones y sensaciones que surgieron la semana anterior durante las actividades. Se hizo conjuntamente con M una comparación entre su estado cognitivo y emocional de hace unas semanas con el estado actual, comprobando si sus sentimientos de culpa, irritabilidad, pensamientos de suicidio y demás síntomas seguían arraigados en ella al mismo nivel o si, por el contrario, habían disminuido. Esta acción tenía el objetivo de aumentar la autoconfianza de M en sus capacidades de realizar cambios positivos en su vida y aumentar su autocontrol gracias a comprobar por ella misma que es capaz de realizar las tareas necesarias para reducir los aspectos negativos de su vida. Como tarea para casa, tenía que seguir realizando actividades placenteras.

La *sesión 11* fue una sesión conjunta de M con su marido, padre y hermanos en la que la paciente hizo una exposición tanto de las preocupaciones como de los conflictos que estaba experimentando para que así sus familiares tuvieran una mayor comprensión de su problema. Teniendo como objetivo que M aumentara la confianza que tenía en su entorno más próximo y que su sistema de apoyo fuese de mayor eficiencia para que se maximizara la adaptación de M. Por último, se hizo un role-playing para enseñar a los familiares cómo reaccionar de forma empática en el momento en que M se encuentre con bajo estado de ánimo o comparta con ellos cualquier tipo de preocupación. Como tarea para casa, M tenía que compartir con su marido o con alguno de sus familiares más cercanos las preocupaciones que le surgieran.

En la *sesión 12*, se trabajaron autoconcepto, autoestima y la necesidad de disminuir discrepancias, además de resaltar la importancia de aceptar aquellos aspectos inmutables para así reducir las sensaciones y cogniciones negativas. Se le pidió a M que hiciese una descripción de cómo se veía a ella misma anterior y actualmente y se hizo un debate de los cambios que se observaban y se reforzaron aquellos cambios positivos, los cuales eran en los que debía centrarse y prestar mayor atención porque así se conseguiría que mejoraran

tanto su autoconcepto como su autoestima.

En la siguiente semana, *sesión 13*, se hizo una revisión del estado general de M así como una valoración de los aprendizajes y avances conseguidos. Se realizó también un análisis del funcionamiento en otras áreas de la vida. Lo último fue un debate de las metas y deseos de futuro que actualmente tiene M y se ayudó a que éstos sean realistas y a establecer pautas para lograrlos.

La última sesión de tratamiento es la *sesión 14*, en la cual se administraron nuevamente los instrumentos HAM-D y BDI-II y se hizo una explicación a M de los nuevos resultados obtenidos, haciendo una comparación de éstos con los conseguidos en el inicio de la intervención con el fin de reforzar positivamente los cambios logrados y el esfuerzo realizado. Se revisaron la consecución de los objetivos terapéuticos y se comunicó la importancia que tiene que mantuviese los nuevos estilos de respuesta, siendo fundamental que continuara con la realización de actividades gratificantes, el contacto con amistades y familiares, la práctica de habilidades aprendidas y que el foco de atención esté en el presente. Por último, se acordó con M una cita para tres meses después de la finalización de la intervención para realizar el seguimiento y se le comunicó la opción de que contacte en cualquier momento que lo considere necesario.

En la **Tabla 5** se observan las sesiones de la intervención de forma esquematizada.

**Tabla 5.** Esquema de la intervención.

<b>SESIÓN</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>TAREAS PARA CASA</b>
1ª. Motivo de consulta y recogida de información	Presentación, motivo de consulta, entrevista con M y sus familiares próximos, historia del problema.	
2ª. Recogida de información y evaluación	Resolución dudas anteriores. Entrevista semiestructurada, administración HAM-D y BDI-II, explicación autorregistros. Inicio inoculación del estrés.	Cumplimentar autorregistros
3ª. Devolución de información e inicio de	Resolución dudas anteriores. Resolución de dudas, inicio de la Psicoeducación,	Cumplimentar autorregistros

psicoeducación	funcional: informar a M sobre qué es un trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido y explicar por qué se está manteniendo. Resultados de la evaluación, análisis autorregistro y establecimiento de objetivos terapéuticos.
4ª. Justificación del tratamiento	Resolución dudas anteriores. Complimentar Explicar características del autorregistros trastorno de adaptación. Clarificar e interpretar significado del estresor.
5ª. Planificación de actividades gratificantes	Resolución dudas anteriores. Complimentar Análisis de actividades autorregistros gratificantes. Discusión del significado "placentero". Asignación de tareas agradables diarias sencillas. Inicio de entrenamiento en relajación muscular.
6ª. Aprendizaje de técnicas	Resolución dudas anteriores. Practicar las técnicas Entrenamiento en relajación aprendidas y muscular, en parada de autorregistros. pensamiento y en autoafirmaciones positivas.
7ª. Mantenimiento de actividades gratificantes	Resolución dudas anteriores. Hacer la tarea Control del cumplimiento de interpersonal y continuar actividades realizadas, practicando las técnicas planificación de actividades. y complimentar Ensayo imaginado de la tarea y autorregistros aprendizaje de recursos de afrontamiento. Listado de posibles dificultades e identificación de pensamientos

	que impiden el disfrute.	
8ª. Revisión del estado general	Resolución dudas anteriores. Revisión conjunta de la consecución inicial de objetivos. Revisión de ocurrencia de dificultades	Continuar con la práctica de técnicas y estrategias. Cumplimentar autorregistros
9ª. Afrontamiento de problemas e inicio de cambio cognitivo	Resolución dudas anteriores. Entrenamiento en solución y afrontamiento de problemas. Realización de role-playing. Listado de estímulos. Planificación de actividades.	Apuntar las cogniciones y sensaciones que experimente en autorregistro de grado de malestar y practicar técnicas y estrategias. Cumplimentar autorregistros
10ª. Revisión de cogniciones e identificación de sensaciones y pensamientos	Resolución dudas anteriores. Revisión de sensaciones. Comparación entre estado actual y el que hace unas semanas.	Seguir realizando actividades gratificantes. Cumplimentar autorregistros.
11ª. Trabajar preocupaciones y conflictos	Resolución dudas anteriores. Sesión conjunta. Exposición de preocupaciones y conflictos.	Compartir las preocupaciones que surjan con sus familiares próximos. Cumplimentar autorregistros.
12ª. Autoconcepto, autoestima y discrepancias	Resolución dudas anteriores. Trabajar autoconcepto, autoestima y necesidad de disminuir discrepancias. Aceptación de aspectos inmutables. Debate de los cambios producidos.	Cumplimentar autorregistros.
13ª. Revisión general y planes	Resolución dudas anteriores.	Cumplimentar

futuros	Valoración de aprendizajes y autorregistros. avances conseguidos. Debate sobre metas y deseos de futuro.
14ª. Confirmación de los cambios y fin de tratamiento	Resolución dudas anteriores. Administración de HAM-D y BDI-II. Comparación de resultados inicial y final.

### Resultados

En primer lugar, el **Gráfico 1** representa la evolución del grado de malestar (eje vertical) que M ha reflejado a lo largo de las semanas (eje horizontal) mediante el autorregistro usado para la medición de esta variable. En el **Gráfico 2** se muestra lo obtenido con el autorregistro de actividades, siendo el eje vertical el porcentaje de actividades que son gratificantes para M y el eje horizontal las semanas de intervención. Por otro lado, En el **Gráfico 3** se observan los resultados obtenidos mediante la cumplimentación del autorregistro del sueño, teniendo en cuenta la calidad de éste (eje vertical) y las semanas de intervención (eje horizontal). Fue durante las dos primeras semanas cuando se estableció la línea base con la cual se comenzó a trabajar y las siguientes mediciones se obtuvieron durante las sesiones de tratamiento.

**Gráfico 1.** Grado de malestar.



**Gráfico 2.** Actividades gratificantes.



**Gráfico 3.** Evolución del sueño.



Como se puede observar en el primer gráfico, se aprecia un patrón descendente con respecto al grado de malestar que M siente en unas situaciones concretas. Esto indica que a medida que avanzaban las sesiones de evaluación, la paciente comenzaba a sentirse mejor y disminuían las situaciones que consideraba amenazantes.

En el segundo gráfico se muestra una tendencia ascendente en la realización de actividades gratificantes a lo largo de las semanas de intervención que refleja el grado de cambio con respecto a este factor, ya que M inicialmente no realizaba prácticamente ninguna actividad que fuese placentera para ella. En el último se aprecia una mejora de la calidad del sueño de M, la cual ha ido evolucionando positivamente hasta conseguir sus niveles más altos hacia el final del tratamiento.

Observando la comparación de resultados obtenidos en los autorregistros, se aprecia una gran mejoría en los factores que hacían que M no se sintiera capaz de remontar su estado de ánimo negativo. Se puede comprobar que el grado de malestar que sentía al principio de la intervención ha disminuido mucho, lo cual indica que las situaciones que M consideraba como amenazantes han disminuido y es capaz de disfrutar más de sus vivencias. Además, ha aumentado considerablemente la realización de actividades gratificantes, lo cual la ayuda a prestar menor atención al suceso estresante y aumentar su disfrute personal con aquello que realiza y su hábito de sueño ha mejorado teniendo una latencia de conciliación normalizada y un elevado grado de descanso.

En la **Tabla 6** se muestra un resumen de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación utilizados, tanto en el momento inicial del tratamiento como al final (Test-Retest).

**Tabla 6.** Resumen de resultados.

<b>Cuestionario</b>	<b>Rango de puntuación</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
-Inventario de depresión Beck-II (BDI-II)	0-63	TOTAL= 25 <i>Depresión moderada</i>	TOTAL=11 <i>Mínima Depresión</i>
-Escala Hamilton para depresión (HAM-D)	0-52	TOTAL=22 <i>Depresión moderada</i>	TOTAL=10 <i>Depresión ligera</i>

En ambos cuestionarios usados para la medición de los síntomas depresivos, BDI-II y HAM-D, se muestra una gran disminución de la puntuación obtenida inicialmente. Esto indica que M ha logrado disminuir síntomas característicos de su trastorno tales como tristeza, pensamientos de culpa y suicidio gracias a sus esfuerzos realizados para cumplir

con cada tarea indicada en la intervención.

Teniendo en cuenta estos resultados, el estado cognitivo y emocional de M ha mejorado gracias a la intervención realizada porque los síntomas que la afligían han desaparecido o disminuido significativamente. Aunque no será hasta la realización del seguimiento cuando se pueda confirmar la remisión completa del trastorno.

## **Discusión**

Después de la aplicación del tratamiento y haciendo un análisis de los resultados obtenidos, se puede afirmar que la hipótesis funcional del caso se ha confirmado, puesto que se ha comprobado que el estado de ánimo depresivo estaba muy influenciado por los pensamientos negativos que tenía y esto, además, estaba afectando a la forma de comportarse. También se puede afirmar que se han conseguido disminuir los síntomas depresivos y la adaptación de M a la situación ha mejorado significativamente.

Además, se puede observar que M ha logrado alcanzar los objetivos de la intervención. El primer objetivo era “aliviar los síntomas depresivos que sufre la paciente como consecuencia del trastorno”, el cual se confirma gracias a los resultados obtenidos al inicio y al final del tratamiento del BDI-II y del HAM-D, debido a que muestran un descenso significativo de las puntuaciones totales de M indicando una disminución de los síntomas asociados a la depresión.

El segundo de los objetivos era “lograr un nivel de desempeño parecido al que tenía antes del evento estresante”, el cual se confirma tras el análisis de los resultados iniciales y finales de los autorregistros cumplimentados del sueño y de actividades gratificantes. Dichos resultados evidencian un aumento importante tanto de la calidad del sueño de M y de la realización de tareas placenteras para ella. Esto indica, en conjunto con los resultados de los cuestionarios, que M ha logrado llegar a un nivel de desempeño parecido al que tenía antes del acontecimiento estresante.

La limitación más importante de esta intervención es que los resultados obtenidos no se pueden generalizar porque se trata de un estudio de caso único (N=1). Se estima oportuno la realización de más investigaciones en casos similares al presentado en este informe para comprobar la verdadera efectividad del tratamiento propuesto.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª de.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guildford Press.
- Crespo, M., Bernaldo de Quirós., M., Roa, A., Gómez, M.M., Roa, R. (2012). *Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico*. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/index.php>
- Hamilton, M. (1960). *Rating scale for depression. Neurol Neurosurg Psychiatry. Vol (23)*, pp 56-62.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive Behavior Modification*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Miller, W.R., y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change (2nd ed)* . New York: Guilford Press.
- Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1986).Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatry. Vol (14)*, pp 324-334.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la

Depresión de Beck. *Psicothema*. Vol (10), núm. 2, pp. 303-318.

