



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2022-2023

Trabajo Fin de Máster

Estudio de caso único en paciente con adicción al cannabis y depresión

Autor: Darío Roveres

Tutora: María Virtudes Pérez Jover

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

TFM.MPG.MVPJ.DR.220630.

Convocatoria: Ordinaria Semestre Uno



Estudio de caso único en paciente con adicción al cannabis y depresión

Darío Roveres

Trabajo Final de Máster en Psicología General Sanitaria

Universidad Miguel Hernández de Elche

Resumen

En este trabajo se describe el caso clínico de un paciente de 18 años que acude a terapia con sintomatología depresiva y un marcado abuso de cannabis. El paciente presentaba un historial de violencia doméstica sufrido desde la infancia, así como abuso de alcohol y cannabis desde que entra en la adolescencia. Para la evaluación se emplearon cuestionarios de depresión (BDI-II), de ansiedad (STAI), de autoestima (Inventario de autoestima de Coopersmith) y autorregistros. Se realizó entrevista motivacional y terapia cognitivo-conductual aplicando para ello la activación conductual, técnicas de relajación, técnicas para el manejo del estrés y reestructuración cognitiva. La intervención se desarrolló en un total de 21 sesiones. Se evaluaron los resultados antes de comenzar el tratamiento y tras su finalización, observando cómo se produjo una reducción de los síntomas depresivos y del consumo de cannabis, así como un incremento en las actividades placenteras del paciente.

Palabras clave: Depresión, abuso de cannabis, terapia cognitivo-conductual, estudio de caso.

Unique case study in a patient with cannabis abuse and depression

Darío Roveres

Trabajo final de Master en Psicología General Sanitaria

Universidad Miguel Hernández de Elche

Abstract

This project describes a clinical case study of an 18-years-old patient attending to therapy with depressive symptoms and abuse of cannabis. The patient has a history of domestic abuse suffered since his childhood and a clear pattern of alcohol and cannabis abuse since he started his adolescence. For the assessment procedure there were used questionnaires measuring depression (BDI-II), anxiety (STAI), self-esteem (Coopersmith self-esteem inventory) along with self-report measures. Motivational interviewing was used alongside cognitive-behaviour therapy, applying behavioural activation, relaxation techniques, stress-management techniques, and cognitive restructuring. The intervention was carried out in a total of 21 sessions. Pre-assessment measures and post-assessment measures were taken to measure the results of the treatment, observing a reduction of the depressive symptoms and cannabis use, as well as an increase in the patient's pleasurable activities.

Keywords: Depression, cannabis abuse, cognitive-behaviour therapy, case study.

Introducción

El trastorno depresivo mayor es una psicopatología caracterizada principalmente por un estado de ánimo bajo que se prolonga en el tiempo, así como la pérdida de interés en la realización de actividades que previamente la persona pudiera encontrar placenteras (Murillo-Rodríguez et al., 2021). Se estima que la prevalencia del trastorno en Estados Unidos es de aproximadamente el 7 por ciento (APA, 2014), y del 3.9 por ciento en España (Haro et al., 2006). Por consiguiente, la probabilidad de que una persona padezca depresión en algún momento de su vida es mayor a la de otros trastornos mentales tales como el trastorno de ansiedad (Vindel et al., 2012). Además, existen diferencias considerables entre los diferentes grupos de edad, siendo la prevalencia de este trastorno 3 veces mayor en personas que se encuentran entre los 18 y los 29 años (Ferrari et al., 2013). El trastorno depresivo mayor por consiguiente se encuentra considerado como uno de los trastornos del estado de ánimo más severos y prevalentes, ya que está asociado con un índice de mortalidad alto debido a la elevada tasa de suicidio que presenta y al grado de disfuncionalidad que produce en la persona de manera directa e indirecta (Ferrari et al., 2013).

A su vez, después del tabaco y el alcohol, el cannabis se considera como la sustancia adictiva que se utiliza con mayor frecuencia, con un índice de prevalencia del cuatro coma cinco por ciento (Degenhardt et al., 2011). El número de consumidores de cannabis continúa incrementándose a escala global, con un incremento del 16 por ciento entre el año 2006 y el 2016, y se estima que actualmente hay unos 190 millones de consumidores a escala global (WHO 2016).

Se ha observado un alto grado de consumo de cannabis en aquellos individuos que presentan trastorno depresivo mayor o sintomatología depresiva. De este modo, en Estados

Unidos, la encuesta de comorbilidad nacional ha encontrado que una mayor frecuencia en el uso de cannabis estaba asociada con un riesgo mayor de haber sufrido algún episodio depresivo mayor (Chen et al., 2002). A su vez, según el mismo estudio, la dependencia del cannabis a lo largo de la vida estaba asociada con un incremento de 3.4 veces en el riesgo de sufrir depresión mayor a posteriori.

En relación con la comorbilidad entre el trastorno depresivo mayor y el abuso de cannabis, un estudio reciente compuesto por más de 28000 usuarios consumidores de cannabis indicaba que en 2017 el trastorno depresivo mayor se asociaba a una mayor dependencia de esta sustancia, independientemente de la frecuencia en el uso de cannabis (Dierker et al., 2018).

Además, en el estudio también se descubrió que aquellos consumidores que presentaban depresión tenían una mayor probabilidad de terminar abusando del cannabis, así como de invertir una mayor cantidad de tiempo en adquirir la sustancia en comparación con aquellos individuos sin depresión. Las tasas de fracaso en este tipo de individuos también eran mayores en comparación con el grupo de no consumidores.

Esta alta relación entre el trastorno depresivo mayor y el consumo y abuso de cannabis pone de manifiesto la importancia de desarrollar tratamientos psicológicos enfocados a reducir la sintomatología producida por ambos trastornos, ya que resulta común que estos se presenten de manera simultánea en aquellas personas que buscan ayuda profesional. Mas importante aún, resulta crucial evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas en este tipo de pacientes, ya que de este modo resultará posible determinar que métodos y protocolos son más efectivos.

Con relación a las líneas de tratamiento psicológico que se utilizan en la actualidad, la terapia cognitivo-conductual ha sido la que más evidencia ha demostrado para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo (Gelenberg et al., 2010), y más concretamente en el

tratamiento de la depresión. La terapia cognitivo-conductual se encuentra más enfocada al tratamiento individual, y además de demostrar eficacia contra la depresión, también presenta evidencia en el tratamiento del abuso de cannabis (Hendricks et al., 2012; Weiss et al., 2000). Estrategias cognitivo-conductuales tales como la reestructuración cognitiva y la activación conductual se han demostrado particularmente eficaces a la hora de reducir la sintomatología depresiva (Dimidjian et al., 2014; Leahy & Rego, 2012), mientras que otros métodos tales como la entrevista motivacional y la terapia de estímulo de la motivación resultaron efectivas a la hora de mejorar los índices de abstinencia y de disminuir el uso de cannabis (Calomarde-Gómez et al., 2021; Weiss et al., 2000).

Por consiguiente, en este estudio se ha analizado la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual en un paciente varón de 18 años que presenta sintomatología depresiva junto con un marcado abuso de cannabis.

Método

Motivo de consulta

El paciente sobre el cual se realizó el estudio de caso era un joven que comenzó a acudir a terapia debido al bajo estado de ánimo que presentaba. El paciente mostraba mucha dificultad para encontrar trabajo, lo cual le producía sentimientos de fracaso y le ocasionaba una variedad de problemas en el ámbito doméstico, donde vivía junto con su madre y su abuelo. Debido al bajo estado de ánimo que presentaba, el paciente se encontraba frecuentemente sin fuerzas para realizar tareas cotidianas básicas tales como levantarse de la cama o ducharse.

Durante la primera consulta, el paciente refería que se sentía un inútil y que no era capaz de hacer nada bien. Además, manifestaba encontrarse agotado psicológicamente por las

discusiones que tenía en casa con su madre y su abuelo materno, quienes le reprochaban continuamente no estar buscando trabajo y no ayudar realizando tareas en el hogar.

Historia del problema

El paciente es el hijo menor de una familia de padres divorciados compuesta por su padre, su madre y su hermano mayor. Según refería el paciente, la relación con sus padres en el momento en el cual acudió a consulta era mala, con fuertes discusiones y peleas, sobre todo con su madre, con quien residía en el mismo domicilio. En relación con su hermano mayor, el paciente refería tener muy poco contacto debido a la actitud distante que mostraba, este último, con la familia.

El paciente nació cuando su madre tenía tan solo 20 años, y tres años atrás ya había tenido a su hermano mayor. El paciente refería que, durante los primeros años de su infancia, su madre era quien solía encargarse tanto del cuidado suyo como de su hermano mayor, y que al no trabajar se dedicaba exclusivamente a las labores domésticas. Por su parte, su padre era quien se encargaba de trabajar y de proveer de sustento económico a la familia. El paciente describió que, ya desde su infancia solía presentar un estado de ánimo bajo. Ya desde pequeño describía pasar gran parte del tiempo en casa con su hermano mayor, pero sin la presencia de sus padres, ya que estos salían con frecuencia por las noches a locales de ocio nocturno tales como bares o discotecas. Además, el abuso frecuente de sus padres de sustancias tales como el alcohol y otras drogas ilegales solía acarrear situaciones conflictivas en casa. El paciente describió que durante esta época eran frecuentes fuertes discusiones entre sus padres, así como presenciar agresiones físicas de su padre hacia su madre. También eran frecuentes las agresiones físicas como formas de castigo por parte de sus padres tanto hacia el cómo hacia su hermano mayor. Además de

agresiones físicas, el paciente describió recibir amenazas verbales por parte de su padre, quien según él llegó incluso a amenazarle poniéndole un cuchillo en la espalda en algunas ocasiones.

La relación del paciente con su hermano en aquella época era conflictiva. El paciente describía que su hermano solía agredirle físicamente con regularidad, llegando a tirarle por las escaleras en una ocasión.

Cuando el paciente tenía 10 años, sus padres se divorciaron, por lo que cada uno de ellos se trasladó a vivir en domicilios separados y su madre se vio obligada a trabajar para poder mantenerse. Durante este periodo de su vida, tanto el paciente como su hermano comenzaron a pasar más tiempo en casa solos, ya que su madre pasaba gran parte del tiempo trabajando. Durante este periodo de tiempo, el paciente describió que su estado de ánimo comenzó a empeorar debido a la separación de sus padres y al traslado de municipio, ya que en la nueva ciudad donde se trasladaron con su madre él no tenía amistades.

A los 11 años, el paciente comenzó a consumir y abusar del alcohol después de un compañero de clase le incitara a su consumo. Según narraba el paciente, el consumo de alcohol le servía como forma de lidiar con las vivencias traumáticas que había sufrido, así como con su situación familiar y con su bajo estado de ánimo. A medida que se iba incrementando el abuso de alcohol, el paciente comenzó a ausentarse de forma más frecuente en clase y a obtener peores resultados académicos

A los 12 años, el paciente comenzó a tener conductas autolíticas, las cuales consistían en realizarse cortes en algunas partes de su cuerpo tales como brazos y piernas. Este tipo de conductas se desencadenaron debido a los problemas que el paciente sufrió durante esta época. Por un lado, la situación familiar en casa era difícil, ya que el paciente tenía una mala relación con la pareja sentimental de su madre, quién vivía en la misma casa que ellos. Por el otro lado, el

paciente continuaba sufriendo castigos físicos y amenazas por parte de sus padres por su mal comportamiento, quienes, según él, parecían ser más indulgentes con el mal comportamiento de su hermano mayor que con el suyo. Además, el paciente describió sentirse solo en múltiples ocasiones al no sentirse comprendido por su familia y sus amistades, por lo que comenzó a realizar este tipo de conductas como una forma de gestionar sus emociones. Sin embargo, las conductas autolíticas del paciente cesaron de golpe cuando su madre le descubrió en una ocasión. Este describió sentirse frustrado e impotente ante la reacción de su madre, quien solo parecía preocuparse de que llamaran a asuntos sociales si descubrían los cortes.

A los 13 años, el paciente comenzó a consumir cannabis a raíz de que su grupo de amigos se lo ofreciera para probarlo. El paciente ya consumía tabaco durante esta época, pero, tras probar el cannabis, su consumo se comenzó a intensificar ya que, según él, le servía como una forma de sobrellevar los problemas que sufría en su entorno familiar y social. El consumo de cannabis en el paciente continuó durante los siguientes años hasta el momento en el cual comenzó a acudir a terapia.

A los 15 años, el paciente comenzó una relación con quien es hasta el día de hoy su pareja actual. El paciente describió que durante este periodo de su vida él comenzó a sentirse mejor anímicamente, ya que finalmente tenía a alguien con quien apoyarse. Sin embargo, a los 16 años su estado emocional volvió a empeorar, a raíz de la pandemia que se sufrió a escala global. Ante esta situación, los problemas y discusiones familiares se volvieron a intensificar. Durante este periodo de su vida, el paciente comenzó a sentirse más deprimido, aumentando consecuentemente su consumo de cannabis y disminuyendo gradualmente la cantidad de actividades que realizaba diariamente. Además, los problemas con su pareja también

aumentaron, hasta el punto en el que finalmente ella le recomendó acudir a terapia para recibir tratamiento por su estado de ánimo y sus problemas con el consumo.

Estrategias de evaluación

Como estrategias de evaluación, se utilizaron la entrevista clínica semiestructurada, autorregistros para medir el consumo de cannabis y test psicométricos para medir los síntomas depresivos, de ansiedad y la autoestima del paciente.

La entrevista clínica semiestructurada fue una herramienta esencial para recoger información con respecto a la historia que presentaba la sintomatología depresiva del paciente, así como los factores de predisposición y desencadenantes de los síntomas depresivos del paciente. También permitió recoger información con respecto a la historia de consumo de cannabis del paciente, lo que facilitó identificar la función que cumplía dicho consumo con el fin de modificar esta función.

Asimismo, mediante los autorregistros resultó posible realizar un seguimiento del consumo de cannabis del paciente, lo cual ayudo a que el paciente pudiera tener un control mayor sobre dicho consumo. A partir de los autorregistros se determinó que el paciente consumía aproximadamente 10.5 gramos de cannabis a la semana en el momento en que comenzó el tratamiento. El autorregistro también facilitó poder identificar las situaciones y momentos del día donde el riesgo del consumo era mayor, y los contextos que resultaban más perjudiciales para el paciente a la hora de consumir. También facilito la identificación de recaídas y efectos rebotes que se daban en el consumo.

En relación con las pruebas psicométricas que se utilizaron durante la fase de evaluación, se describen a continuación:

- Inventario de Depresión de Beck-II o BDI-II (Beck et al., 1996). Para evaluar al paciente se utilizó la versión española (Fernández et al., 2003). Este instrumento permite detectar y evaluar la gravedad de una posible depresión. Contiene 21 ítems de tipo Likert en los que cada ítem puntúa en una escala del 0 al 3. La puntuación total del cuestionario es de 63 puntos, siendo los puntos de corte de 0-9 (normal), 10-18 (depresión leve), 19-29 (depresión moderada) y 30-63 (depresión grave). El análisis de la consistencia interna del cuestionario mostró un coeficiente alfa de .88. Asimismo, la prueba muestra una validez convergente r de .81 cuando lo comparamos con la escala de depresión del SCL-90-R (Casullo & Pérez, 2008) y una validez divergente r de .63 cuando lo comparamos con la escala de ansiedad del mismo cuestionario. Se determino que se utilizaría este cuestionario para evaluar los síntomas depresivos debido a la variedad de síntomas conductuales y cognitivos que presentaba el paciente tales como la dificultad para realizar tareas cotidianas básicas, los síntomas de insomnio, el grado de desesperanza con respecto al futuro y los sentimientos de fracaso. El paciente obtuvo una puntuación en el momento en que realiza la prueba de 39 (depresión grave).

- El inventario de autoestima de Coopersmith (1959) en adultos mide las actitudes que presenta el sujeto con respecto a sí mismo, a su medio social y a su familia para así determinar su nivel de autoestima. Se empleó la versión española (Cantú et al., 1993). El inventario contiene 25 ítems de tipo verdadero o falso que proporciona un rango de puntuación que va desde el 0 al 100. Los puntos de corte son de 0 a 24 (autoestima baja), de 25 a 49 (autoestima media-baja), de 50 a 74 (autoestima media-alta) y de 75 a 100 (autoestima alta). El cuestionario presenta una fiabilidad alfa de Cronbach de .81, y una buena validez concurrente cuando se compara con el EPQ-R (Eysenck, 2008). Se determinó utilizar este cuestionario durante la evaluación porque se observó que el paciente manifestaba ciertas actitudes negativas sobre el mismo verbalizadas con

frases tales como “no valgo” “soy débil” “estoy fracasando”. El paciente obtuvo una puntuación en el momento en que realiza la prueba de 28 (nivel de autoestima medio-bajo).

- El cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo o STAI (Spielberger et al., 1999). Para evaluar al paciente se utilizó la versión española (Guillén-Riquelmeé & Buéla-Casal, 2011). Este cuestionario mide síntomas de ansiedad utilizando dos conceptos diferentes: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. La ansiedad-estado se conceptualiza como un estado emocional ansioso transitorio del organismo humano, mientras que la ansiedad-rasgo refiere a una relativamente estable propensión ansiosa en la que difieren las personas a la hora de percibir determinadas situaciones como amenazadoras, lo cual tiende a elevar a su vez la ansiedad-estado. El cuestionario consta de 20 ítems de tipo Likert para la ansiedad-estado, y otros 20 ítems de tipo Likert para la ansiedad-rasgo. Cada ítem proporciona un rango de puntuaciones que va desde el 0 al 3 y cada constructo proporciona un rango de puntuaciones que van desde el 0 hasta el 60, siendo a más baja la puntuación menor el nivel de ansiedad y viceversa. Para interpretar ambos constructos del cuestionario se utilizan percentiles acordes al grupo de edad y sexo. El cuestionario presenta una fiabilidad alfa de Cronbach de .89 para la ansiedad-estado y .82 para la ansiedad-rasgo. Además, ambos cuestionarios presentan una buena validez concurrente con la forma A del 16PF (Cattell & Wallbrown, 1989). Se decidió aplicar este cuestionario debido al grado de comorbilidad existente entre ansiedad y depresión (Judd et al., 1998) y a los síntomas cognitivos observados en el paciente durante la primera sesión, tales como un alto grado de preocupación por el futuro y desasosiego.

Análisis de las conductas problema y formulación clínica del caso

La sintomatología depresiva en el paciente y su marcado abuso de cannabis le acarrearán una serie de dificultades en su día a día, tales como falta de energía para realizar tareas cotidianas

en su día a día y problemas interpersonales con las personas de su entorno tales como su pareja, familia y amigos.

Entre los factores de predisposición socioambientales que contribuyeron a los síntomas actuales del paciente se encuentra un modelo parental autoritario y negligente que, por un lado, no atendía a las necesidades afectivas básicas del paciente, y por el otro, empleaba el castigo físico y psicológico como forma de corrección de los comportamientos no deseados. El abuso físico y la experimentación de vivencias traumáticas se han asociado con futuros trastornos del estado de ánimo tales como la depresión en aquellos sujetos que lo sufren a una edad temprana (Heim et al., 2010). En el caso del paciente, dichas vivencias traumáticas fueron verbalizadas en diferentes ocasiones “mi padre me amenazó con un cuchillo por portarme mal” o “mi padre y mi madre me pegaban y me amenazaban cuando me portaba mal. Además, las carencias afectivas parentales propiciaron en el paciente una baja autoestima manifestada en respuestas al cuestionario de Coopersmith (1959) tales como “mi familia no espera nada de mí” o “no valgo lo suficiente”.

Además del estilo parental, cabría señalar el abandono académico como otro factor de predisposición hacia los síntomas depresivos, ya que produjeron en el paciente un sentimiento de fracaso y una mala imagen de sí mismo, la cual el paciente verbalizó durante la intervención con frases como “no valgo para estudiar” o “no termino lo que empiezo”.

En relación con el consumo de cannabis, parece que podría existir cierta susceptibilidad biológica del paciente hacia el abuso de sustancias, debido a la presencia de varios miembros de la familia que presentaban historial de abuso de alcohol y drogas. Además, la presencia de un modelo parental en el cual ambos progenitores presentaban un historial de abuso de alcohol y

drogas, así como donde se consumía con frecuencia en el ámbito doméstico supondría otro factor clave en que ayudaría a explicar el historial de abuso de cannabis en el paciente.

El consumo y abuso de alcohol y marihuana, a una temprana edad, a su vez habría supuesto otro factor de riesgo en el desarrollo de síntomas depresivos en el paciente durante la edad adulta, tal y como señalan Fairman y Anthony (2012).

En relación con los factores precipitantes cabría destacar, por un lado, los conflictos familiares a los que el paciente estuvo expuesto durante el periodo de pandemia. Por el otro lado, la dificultad para encontrar empleo supuso otro factor de riesgo, ya que afectó negativamente su autoestima y le acarreó un mayor nivel de estrés debido a las críticas de su familia.

En relación con los factores de mantenimiento de los síntomas depresivos y el abuso de cannabis, cabía señalar principalmente la ausencia de reforzadores positivos en la vida del paciente. Esto viene como resultado de un historial de aprendizaje en el cual las acciones del individuo no han resultado en refuerzos positivos del entorno (Dimidjian et al., 2014). Consecuentemente, a lo largo del tiempo, el paciente terminaría respondiendo más a su propia privación que a los refuerzos positivos del entorno, lo que a largo plazo contribuiría a mantener el estado depresivo.

Además, la falta de recursos para gestionar el estrés supondría otro factor de mantenimiento, al influir negativamente en su estado de ánimo. Esto a su vez incrementaría consumo de cannabis al ser la forma de evasión que el paciente utilizaría para sobrellevar sus emociones negativas. La falta de conciencia sobre su problema de consumo sería otro factor de mantenimiento en el paciente, ya que le imposibilitaba ver la repercusión de dicho problema en su estado de ánimo y en sus relaciones interpersonales.

Por último, la falta de una red de apoyo social saludable para el paciente supondría otro factor de riesgo, al inducirle al consumo de cannabis e invalidar la expresión de sus emociones.

Tratamiento. Objetivos, elección y aplicación.

El tratamiento abarcó una totalidad de seis meses, con un total de 21 sesiones de una hora de duración. Para las sesiones se utilizó un abordaje individual, con una periodicidad semanal, a excepción de las tres últimas sesiones, las cuales comenzaron a tener una periodicidad de dos semanas. La estructura del tratamiento se resume a continuación (*véase Tabla 1*).

Tabla 1

Plan de tratamiento

Estrategias de intervención	Sesiones
Entrevista motivacional y evaluación	1-3
Establecimiento de los objetivos de tratamiento y devolución de resultados	4
Activación conductual y psicoeducación	5-9
Técnicas de autocontrol y gestión de la ansiedad:	10-13
<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de afrontamiento ante la ansiedad por abstinencia • Respiración diafragmática 	
Reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos	14-16
Reestructuración cognitiva de creencias irracionales	17-18

Durante la primera sesión se presentaron los dos terapeutas que realizarían el tratamiento con el paciente. En esta sesión se realizó una primera entrevista donde se recogía el motivo de consulta y la historia del problema. También durante esta primera sesión se comenzó a establecer la alianza terapéutica y a realizar las pruebas psicométricas que facilitarían el diagnóstico.

En las sesiones dos y tres se continuó con la entrevista, reforzando la relación terapeuta, concienciando al paciente de su problema de consumo y movilizándole hacia el cambio. Además, se terminaron de administrar las pruebas psicométricas.

En la cuarta sesión se realizó la devolución de la información y se comenzó a establecer con el paciente los objetivos de tratamiento, según las conductas problema, elaborando a su vez la hipótesis explicativa y el análisis funcional del caso. Los objetivos generales que se plantearon para trabajar con el paciente fueron los siguientes:

1. Reducir los síntomas depresivos.
2. Reducir el consumo de cannabis.
3. Mejorar la autoestima.

Para poder lograr los objetivos generales, se plantearon a su vez una serie de objetivos específicos:

1. Ayudar al paciente a encontrar un empleo.
2. Incrementar el nivel de actividad y la cantidad de reforzadores positivos en su día a día.
3. Fomentar estilos de afrontamiento alternativos al consumo de cannabis ante situaciones de estrés o malestar, proporcionando herramientas para la gestión del estrés.

4. Reducir las conductas de aislamiento.
5. Fomentar una red de apoyo social positiva para el paciente.
6. Entrenar al paciente para el reconocimiento y modificación de sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas mediante reestructuración cognitiva.

Durante las sesiones cinco, seis, siete, ocho, nueve y 10 se trabajó con el paciente en la activación conductual. Para ello, primero se comenzó a realizar psicoeducación sobre el mecanismo de la depresión y como la estructuración de actividades y la activación conductual se utilizan como técnicas para reducir la sintomatología depresiva. Posteriormente, se ayudó al paciente a mejorar su currículum, y acto seguido se comenzó a organizar un horario en el cual el paciente realizara sus actividades cotidianas. Primero se estableció un número de horas en las cuales el paciente se dedicaría a la búsqueda activa de empleo. Posteriormente, también se introdujeron de forma gradual actividades placenteras para el paciente, orientadas a mejorar su estado de ánimo. Se establecieron a su vez unas horas razonables para levantarse y para acostarse, y se fijó una franja horaria para realizar las tareas del día a día y otra para el tiempo de ocio. También se fomentó en el paciente la realización de actividades que mejoraran su red social de apoyo tales como retomar el contacto con antiguas amistades que resultaran más saludables o pasar más tiempo con su pareja. También se fomentaron actividades que redujeran sus conductas de aislamiento.

Durante las sesiones 10, 11, 12 y 13 se comenzó a trabajar el consumo problemático de cannabis en el paciente. Para ello, se continuó concienciando al paciente sobre los problemas personales que le acarreaban el consumo de cannabis y poco a poco se le fue orientando a reducir su consumo. Se empleo un autorregistro para cuantificar el consumo y se propusieron metas semanalmente de reducción del consumo (*véase tabla 2*). También se plantearon estrategias de

afrontamiento alternativas al consumo de cannabis en aquellas situaciones que generaban malestar al paciente, tales como salir a dar un paseo o realizar ejercicio físico. Por último, se le enseñó al paciente técnicas de relajación tales como la respiración diafragmática y la relajación progresiva de Jacobson.

Tabla 2

Autorregistro del consumo de cannabis

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<u>Mañana</u>							
(8- 14 horas)							
<u>Tarde</u> (14- 22 horas)							
<u>Noche</u> (22 a 8 horas)							
<u>Total</u>							
(gramos)							

En las sesiones 14, 15, 16, 17 y 18 se comenzó a realizar reestructuración cognitiva en el paciente. Para ello, primero se realizó psicoeducación sobre la diferencia entre pensamiento, emoción y conducta, así como sobre las distorsiones cognitivas. Luego se realizó con él un registro de las situaciones que le generaban malestar, identificando los pensamientos, emociones y conductas asociados a dichas situaciones (*véase tabla 3*). Algunos de estos pensamientos fueron “mi pareja no me quiere” o “nunca llegaré a nada en esta vida”. A continuación, se

plantearon pensamientos alternativos a aquellos pensamientos disfuncionales en el paciente. Además, se enseñó al paciente a identificar sus distorsiones cognitivas más frecuentes, tales como el pensamiento polarizado, razonamiento emocional, sobre generalización y pensamiento mágico. Posteriormente, en las sesiones 17, 18 y 19 se ayudó al paciente a identificar algunas de sus creencias disfuncionales mediante la técnica de la flecha descendente. Las creencias disfuncionales más frecuentes del paciente fueron “no valgo nada” y “soy un fracaso”. Acto seguido, mediante técnicas como el cuestionamiento socrático o el continuo cognitivo (J. S. Beck y Beck, 2011) se trabajaron aquellas creencias disfuncionales, proponiendo otras más adaptativas.

Tabla 3

Autorregistro de pensamientos automáticos

Situación	Emoción	Intensidad de la emoción (0-10)	Pensamientos automáticos	Conducta

Finalmente, las sesiones 20 y 21 estuvieron orientadas hacia la prevención de recaída. Por consiguiente, durante estas sesiones se repasaron con el paciente las técnicas aprendidas a lo largo del tratamiento. Además, se realizó con el paciente psicoeducación sobre los altibajos que se pueden producir tras la conclusión del tratamiento y como estos forman parte del proceso de recuperación. También se preparó al paciente para posibles dificultades que pudieran aparecer en el futuro y cómo afrontarlas aplicando lo aprendido en terapia.

Se volvieron a aplicar los cuestionarios utilizados durante la evaluación y se realizó la devolución de resultados, reforzando el papel del paciente y su esfuerzo en el proceso de recuperación.

Resultados y valoración de la eficacia del tratamiento

Después de 21 sesiones de tratamiento, se observaron mejoras significativas en el estado de ánimo del paciente, así como en su autoestima y en su nivel de funcionamiento en comparación con el principio de la terapia. Estos resultados se manifestaron principalmente en las puntuaciones del paciente en los autorregistros al principio y al final del tratamiento.

Los resultados de la intervención se muestran a continuación (*Tabla 4*):

Tabla 4

Puntuaciones pre y post tratamiento

BDI	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
	39	13
Stai	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Ansiedad estado	37	21
Ansiedad rasgo	39	25
Autoestima	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
En uno mismo	38	69
Social	33	17
Familiar	0	17
General	28	44
Consumo cannabis	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Gramos por semana	10.5	7

Tal y como se observa en la tabla, los resultados más significativos se produjeron en el estado de ánimo, donde se produjo una reducción de los síntomas depresivos de lo que se consideraría dentro del rango de depresión severa al de depresión mínima. Asimismo, en relación con los síntomas de ansiedad, se produjo una reducción en las puntuaciones de ansiedad-estado del percentil 97 al percentil 75, y en las puntuaciones de ansiedad-rasgo del percentil 97 al percentil 80. En relación con la autoestima, aunque se diera una reducción en la autoestima social, en contraste se dio un aumento considerable tanto en la autoestima de el mismo como como en la de la familia y en su autoestima general.

Con relación al consumo de cannabis, se produjo una reducción en el consumo de cannabis de 10.5 gramos por semana durante la primera sesión, a 7 gramos por semana en la última.

En relación con los resultados cualitativos, la concienciación sobre el problema del paciente durante la psicoeducación, la estructuración de un horario y la realización de actividades placenteras ayudaron, según señaló el paciente, a observar cómo dichas actividades tenían un efecto positivo en su estado de ánimo. Del mismo modo, mediante la toma de conciencia de los problemas que le acarreaban al paciente el consumo de cannabis y su posterior reducción fue posible que el paciente se diera cuenta de cómo esto influía tanto en su estado de ánimo como en sus relaciones interpersonales.

La realización de estrategias de afrontamiento y el aprendizaje de técnicas de relajación sirvieron al paciente para aumentar su sensación de control y su autoeficacia a la hora de gestionar la ansiedad producida debido a la reducción de su consumo de cannabis, lo cual el paciente verbalizó con frases como “siento que puedo controlar mejor mi ansiedad”. Mediante la

reestructuración cognitiva resulto posible que el paciente mejorase el autoconcepto sobre sí mismo, lo cual el verbalizó algunas veces mediante frases como “soy capaz de hacer cosas que antes no podía” o “ya no siento tanto que sea un inútil”.

Los autorregistros realizados mostraron como el paciente fue capaz de manera gradual de identificar mejor sus pensamientos automáticos, detectando algunas de sus distorsiones cognitivas y planteando gradualmente un mayor número de pensamientos alternativos. También mediante los autorregistros del consumo de cannabis fue posible observar como la reducción gradual del consumo también ayudo a la hora de reducir sus problemas interpersonales como por ejemplo sus discusiones con su pareja o con su familia.

Discusión

Este trabajo pretende mostrar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional en un paciente con estado de ánimo depresivo y abuso de cannabis. Las técnicas de tratamiento cognitivo-conductuales utilizadas han ayudado a reducir tanto la sintomatología depresiva del paciente como su consumo problemático de cannabis, tal y como han evidenciado estudios previos (Gelenberg et al., 2010; Hendriks et al., 2012; Weiss et al., 2000). De este modo, este estudio se muestra en línea con previas investigaciones que muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión (Gelenberg et al., 2010) y en el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias (Magill et al., 2019; Magill y Ray, 2009).

Mas importante aún, este estudio evalúa la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en un paciente que presenta de forma conjunta depresión y abuso de cannabis. Esto resulta relevante debido a que algunas investigaciones sugieren que la terapia cognitivo-conductual podría resultar menos eficaz cuando se empleara con pacientes que presentaran abuso de sustancias (Magill et al., 2019) y a que, tal y como proponen otras investigaciones (Pott et al., 2022) existen pocos

estudios que analicen la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión y el abuso de sustancias de manera comórbida. De este modo, este estudio muestra resultados favorables con relación al tratamiento cognitivo-conductual cuando la depresión y el abuso de sustancias se dan de manera comórbida, tal y como han demostrado algunos autores (Martínez-Vispo et al., 2018; Pott et al., 2022; Weiss et al., 2000).

Además de la terapia cognitivo-conductual, este estudio tiene en cuenta el papel de algunos elementos característicos dicha terapia tales como la activación conductual en la reducción de los síntomas depresivos y el abuso de sustancias. La importancia de observar el papel específico de la activación conductual radica en que, tal y como señalan algunos autores (Martínez-Vispo et al., 2018) esta resulta más rentable económicamente y requiere de menor formación que otras técnicas como la reestructuración cognitiva. Además, a la hora de tratar con pacientes con abuso de sustancias, la activación conductual podría mostrarse como una alternativa más eficaz, ya que este tipo de pacientes tiende a mostrar un mayor deterioro cognitivo (Bruijnen et al., 2019) y un menor nivel de alfabetización (Beitchman et al., 2001) que otros pacientes, lo cual les dificulta la comprensión y adherencia a algunos conceptos de la terapia cognitivo-conductual. Esto podría ayudar explicar los resultados que algunos autores han encontrado sobre la menor eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con abuso de sustancias (Magill et al., 2019).

En este estudio de caso en concreto, el uso de la activación conductual resultó muy importante en la mejora de los síntomas del paciente, ya que, en línea con lo expuesto por Dimidjian et al., (2014), al incrementar gradualmente el contacto con aquellas fuentes de refuerzo positivo fue posible disminuir las conductas desadaptativas, sustituyéndolas por otras que contribuyeran a mejorar el estado de ánimo. Esto a su vez tuvo una repercusión positiva en

la reducción de su consumo de cannabis. Por consiguiente, los resultados de este estudio de caso se encuentran en línea con los obtenidos en investigaciones recientes (Martínez-Vispo et al., 2018; Pott et al., 2022) al sugerir que la activación conductual sería un formato de terapia efectivo frente al tratamiento de la depresión del trastorno por abuso de sustancias comórbidos.

Además de su nivel de funcionamiento bajo, el estado de ánimo depresivo del paciente también se veía influido por la interpretación distorsionada que este daba a las situaciones que le ocurrían. Al anticipar resultados negativos a dichas situaciones las distorsiones cognitivas del paciente también contribuían a mantener sus síntomas depresivos, al generarle una percepción de falta de control e incompetencia en lo que sucedía en su vida, tal y como señala Leahy y Rego, (2012). De este modo, mediante la reestructuración cognitiva, resulto posible aumentar la conciencia sobre las distorsiones cognitivas y poner a prueba la evidencia a favor o en contra de las cogniciones que distorsionaban su realidad, sustituyéndolas por otras que resultaran más adaptativas. De este modo, resulto posible disminuir la sintomatología depresiva del paciente al modificar la manera en que este interpretaba la realidad, en línea con lo propuesto por Beck y Beck (2011). Por consiguiente, este estudio analiza el papel específico de la reestructuración cognitiva en la modificación de creencias irracionales en pacientes con abuso de sustancias, y lo que se observa se encuentra en consonancia con otros estudios recientes (Rezaeisharif et al., 2021). Sin embargo, debido a la falta de investigaciones en esta línea, resulta necesario realizar más estudios antes de poder sacar conclusiones al respecto.

Limitaciones y futuras direcciones

Pese a lo expuesto con anterioridad, este estudio también presenta una serie de limitaciones:

En primer lugar, pese a la notoria mejoría en las puntuaciones en favor del tratamiento utilizado, hay que considerar que el estudio no realizó una medición de seguimiento de los resultados después de la medición postratamiento. Es posible que los resultados obtenidos durante el tratamiento no se mantuvieran en el tiempo una vez que el paciente terminara su tratamiento al no poder controlar que el paciente aplicara o no las técnicas aprendidas. Por consiguiente, futuros estudios deberían incluir una medición de seguimiento cierto tiempo después de la conclusión de la terapia.

En segundo lugar, debido a la naturaleza del estudio de caso, resulta difícil la generalización de estos resultados a un sector de la población más amplio. Es posible que la respuesta positiva del paciente al tratamiento se debiera a características individuales no generalizables al resto de la población. Por consiguiente, futuras líneas de investigación podrían beneficiarse de la realización de un estudio cuantitativo para la evaluación de este tratamiento en una muestra con varios participantes.

En último lugar, también es necesario considerar que la misma naturaleza del estudio dificulta el control de posibles variables de confundido que también pudieran tener influencia en los resultados, tales como acontecimientos externos al tratamiento que pudieran tener un impacto en el estado de ánimo del paciente.

Pese a las limitaciones, este estudio contribuye a añadir evidencia cualitativa sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual y la entrevista conductual en el tratamiento de la depresión y el abuso de cannabis de manera comórbida.

Referencias bibliográficas

Association, A. P. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck, J. S., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford press New York.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Douglas, L., Young, A., & Adlaf, E. (2001). Substance use disorders in young adults with and without LD: Predictive and concurrent relationships. *Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 317–332.
<https://doi.org/10.1177/002221940103400407>
- Bruijnen, C. J. W. H., Dijkstra, B. A. G., Walvoort, S. J. W., Markus, W., VanDerNagel, J. E. L., Kessels, R. P. C., & de Jong, C. A. J. (2019). Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and Alcohol Review*, 38(4), 435–442.
<https://doi.org/10.1111/dar.12922>
- Calomarde-Gómez, C., Jiménez-Fernández, B., Balcells-Oliveró, M., Gual, A., & López-Pelayo, H. (2021). Motivational interviewing for cannabis use disorders: a systematic review and meta-analysis. *European Addiction Research*, 1–15. <https://doi.org/10.1159/000515667>
- Cantú, M. A. L., Verduzco, M. A., Acevedo, M., & Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247–255. <https://doi.org/10.1159/000515667>
- Casullo, M., & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. *Universidad de Buenos Aires*, 1–12.

Cattell, H. B., & Wallbrown, F. H. (1989). *The 16PF: Personality in depth*.

[https://doi.org/10.1002/1520-6807\(199210\)29:4<404::aid-pits2310290415>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/1520-6807(199210)29:4<404::aid-pits2310290415>3.0.co;2-y)

Chen, C.-Y., Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2002). Marijuana use and the risk of Major Depressive Episode. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(5), 199–206.

<https://doi.org/10.1007/s00127-002-0541-z>

Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(1), 87. <https://doi.org/10.1037/h0048001>

Degenhardt, L., Bucello, C., Calabria, B., Nelson, P., Roberts, A., Hall, W., Lynskey, M., Wiessing, L., & Group, G. B. D. I. D. U. W. (2011). What data are available on the extent of illicit drug use and dependence globally? Results of four systematic reviews. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(2–3), 85–101. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.032>

Dierker, L., Selya, A., Lanza, S., Li, R., & Rose, J. (2018). Depression and marijuana use disorder symptoms among current marijuana users. *Addictive Behaviors*, 76, 161–168.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.013>

Dimidjian, S., Martell, C. R., Herman-Dunn, R., & Hubley, S. (2014). *Behavioral activation for depression*.

Eysenck, H. J. (2008). *EPQ-R Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS)*.

Fairman, B. J., & Anthony, J. C. (2012). Are early-onset cannabis smokers at an increased risk of depression spells? *Journal of Affective Disorders*, 138(1–2), 54–62.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.031>

- Fernández, J. S., Navarro, M. E., & Valverde, C. V. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239–288.
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471–481. <https://doi.org/10.1017/s0033291712001511>
- Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & van Rhoads, R. S. (2010). American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 167(Suppl 10), 9–118. <https://doi.org/10.1186/1744-859x-9-s1-s46>
- Guillén-Riquelmeé, A., & Buéla-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671–690. <https://doi.org/10.1002/dev.20494>
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2012a). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment

effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(1–2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.03.023>

Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. v, Wittchen, H., & Kunovac, J. L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 6–11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb05960.x>

Leahy, R. L., & Rego, S. A. (2012). *Cognitive restructuring*.

Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516–527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>

Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1093. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>

Martínez-Vispo, C., Martínez, Ú., López-Durán, A., Fernandez del Rio, E., & Becoña, E. (2018). Effects of behavioural activation on substance use and depression: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0173-2>

Murillo-Rodriguez, E., Pandi-Perumal, S. R., & Monti, J. M. (2021). *Cannabinoids and neuropsychiatric disorders*. Springer.

- Pott, S. L., Delgadillo, J., & Kellett, S. (2022). Is behavioral activation an effective and acceptable treatment for co-occurring depression and substance use disorders? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *132*, 108478. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108478>
- Rezaeisharif, A., Karimi, A., & Naeim, M. (2021). Effectiveness of the cognitive restructuring approach on irrational beliefs and hopelessness in individuals with a substance abuse disorder: A randomized controlled trial. *Addictive Disorders & Their Treatment*, *20*(4), 326–335. <https://doi.org/10.1097/adt.0000000000000264>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1999). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. TEA ediciones Madrid.
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles Del Psicólogo*, *33*(1), 2–11.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Wyner, D., Soto, J. A., & Hennen, J. A. (2000). Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(5), 361–367. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0507>
- World Health Organization (2016). The health and social effects of nonmedical cannabis use. WHO, Geneva, CH