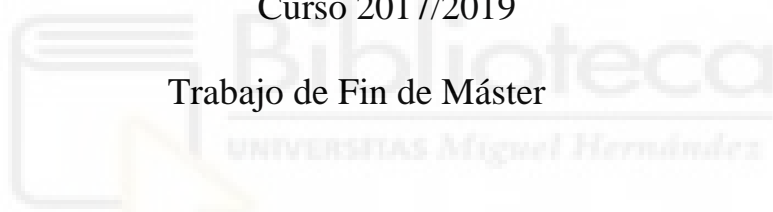




**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2017/2019

Trabajo de Fin de Máster



**Integración de los modelos Cognitivo-Conductual y Centrado en Soluciones
en un caso clínico con diagnóstico en Distimia.**

Autora: Sara García Martín

Tutora: María del Carmen Neipp López

Resumen

La distimia se define por un patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua durante la mayoría de los días. Por lo que se considera que puede afectar a diversas áreas en la vida de los pacientes, así como relacionarse con problemas en la salud, relaciones sociales y laborales. En el presente trabajo se expone el análisis de un caso, de una mujer de 28 años, casada y con cuatro hijos, que acude a la consulta de psicología tras referir sentir sentimientos de tristeza, desesperación y desinterés generalizado, debido a su situación familiar. El objetivo que se planteó fue reducir la sintomatología ansioso-depresiva y aumentar la autoestima de la paciente tras la intervención. Para ello, durante la intervención se emplearon técnicas que permitiesen abordar las conductas-problema integrando los enfoques cognitivo-conductual (TCC) y centrado en soluciones (TCS), ya que recientemente se ha demostrado que la combinación de estos modelos resulta favorable en intervenciones psicológicas; por lo que se emplearon técnicas tales como la psicoeducación, relajación y respiración, proyección al futuro, escalas de avance, reestructuración cognitiva y autoestima. Para comprobar la efectividad del tratamiento, durante el proceso de evaluación, se pasaron distintas pruebas psicológicas antes y después de la intervención, con el fin de conocer si las hipótesis planteadas al inicio de la intervención se cumplían tras el tratamiento psicológico. Finalmente, se comprobó que se cumplieron las hipótesis planteadas en las variables Ansiedad-Rasgo, Depresión y Autoestima.

Palabras clave: Distimia, Depresión, Ansiedad, Autoestima, Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Centrada en Soluciones.

Abstract

Dysthymia is defined by a chronic pattern of behavior alteration, characterized by persistent depressed mood experienced continuously for most days. For that is considered it can affect diverse areas in the patients' lives, as well as relate to problems in health, social and labour relations. In the present assignment the analysis of a case is exposed, of a woman of 28 years old, married and with four children, who goes to the consultation of psychology after referring to feel of sadness, despair and generalized disinterest, due to their family situation. The objective was to reduce the anxious-depressive symptomatology and increase the patient's self-esteem after the intervention. To this end, during the intervention techniques were used to address the problem-behaviours by integrating therapy cognitive-behavioural and solution-centred therapy approaches, since it has recently been shown that the combination of these models is favourable in psychological interventions; so techniques such as psych-education, relaxation and breathing, projection to the future, progress scales, cognitive restructuring and self-esteem were used. To verify the effectiveness of the treatment, during the evaluation process, different psychological tests were passed before and after the intervention, in order to know if the hypotheses raised at the beginning of the intervention were met after the psychological treatment. Finally, it was verified that the hypotheses raised in the variables Anxiety-Trait, Depression and Self-esteem were met.

Keywords: Dysthymia, Depression, Anxiety, Self-esteem, Cognitive-Behavioral Therapy, Therapy Focused on Solutions.

INTRODUCCIÓN

La distimia se define según DSM-V (APA, 2013) por un patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de los mismos y con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios. Mientras que según el DSM-IV-TR (APA, 2002) el trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo durante días la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas: a) pérdida o aumento de apetito; b) insomnio o hipersomnia; c) falta de energía o fatiga; d) baja autoestima; e) pobre concentración; f) dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, y g) sentimientos de desesperanza.

Los datos de prevalencia encontrados para la distimia indican una frecuencia de alrededor del 3 por 100 y una tasa doble en las mujeres respecto de los hombres, 4,6 por 100 versus 2,6 por 100 en el estudio ESEMeD (Haro et al., 2006). Así pues, este estudio se ve apoyado por la revisión sistemática de datos epidemiológicos a nivel mundial de Charlson, Ferrari, Flaxman y Whiteford, (2013), dónde la tasa de prevalencia es mayor en mujeres respecto a los hombres. Además el estudio realizado por Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler (2012) corrobora que los trastornos mentales que han registrado un mayor aumento en las consultas de Atención Primaria en España en los años comprendidos entre el 2006 y 2010 son los trastornos del estado de ánimo. En concreto, la distimia ha pasado de una prevalencia del 14,6% en 2006 al 25,1% en 2010, lo que implica un incremento del 10,8%.

Atendiendo al inicio del mismo, el trastorno distímico se clasifica en dos subtipos: cuando se inicia antes de los 21 años de edad conocido como trastorno distímico de inicio temprano o cuando se inicia después de los 21 años, considerado de inicio tardío (American Psychiatric association, 2002). Cuando se presenta en niños y adolescentes, es común que aparezcan

otros síntomas como trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Larraguibel, 2003); sin embargo, suelen manifestar menos síntomas vegetativos, a diferencia de los adultos. Cuando la distimia se inicia en la infancia, puede progresar hacia la adultez, desarrollando una visión pesimista del mundo y una pobre conciencia del estado de ánimo normal, por lo que las consecuencias de un pensamiento negativo continuo y la baja autoestima pueden ser importantes a lo largo de la vida.

Respecto a la sintomatología que se presenta en dicho trastorno, dado que la distimia tiene una condición crónica, puede afectar a diversas áreas en la vida de los pacientes y las personas cercanas a ellos, además de relacionarse con problemas en la salud, relaciones sociales y laborales (Ariksan, 2001). Hay estudios que determinan que los pacientes con distimia presentan altos niveles de discapacidad, mal ajuste social y pobre ajuste marital en comparación con adultos sanos. Además, se considera que estas secuelas psicosociales de la distimia son universales y se presentan en todas las culturas (Ariksan, 2001; Hayden y Klein, 2001; Subodh, Avasthi y Chakrabarti, 2008). En este trastorno predominan los síntomas sobre los signos, se ha observado que en pacientes distímicos son más característicos los síntomas cognitivos y emocionales que los síntomas vegetativos y psicomotores siendo característicos de él la baja autoestima, anhedonia, fatiga e irritabilidad (Spanemberg y Juruena 2004; Griffiths et al, 2000; Requena, 2000).

La mayoría de los estudios realizados en sujetos con depresión se basan en pacientes que sufren principalmente depresión mayor (Airakinen, et al, 2004); sin embargo, se considera que la distimia tiene peor pronóstico que el trastorno depresivo mayor (Gureje, 2010) y que puede producir igual o mayor limitación funcional (Aragonés et al, 2001; Klein et al, 1999), ya que los pacientes con distimia se quejan de que sus síntomas interfieren de manera importante con sus actividades sociales y su funcionamiento en el trabajo o la escuela (Kaplan et Shaddock, 2000). Respecto al diagnóstico diferencial de la distimia es importante

señalar que a pesar de sus similitudes, la distimia es una entidad independiente del trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, los síntomas se consideran más graves, mientras que los sujetos que presentan distimia pueden dejar pasar largos periodos para consultar al médico, lo que acarrea mayor sufrimiento y menores posibilidades de recibir tratamiento y recuperarse (Asociación Psiquiátrica Mexicana 2008; Klein et al., 1999). Además es importante señalar que el paciente distímico prototípico se queja de estar deprimido «desde que nació», por lo que surge la disyuntiva acerca de si la distimia pertenece al dominio afectivo o al de los trastornos de personalidad (Akiskal, 2001).

Respecto al tratamiento psicológico del mismo, el estudio de distintas modalidades de intervención psicoterapéutica indica que ésta facilita la mejoría de síntomas como la anhedonia, la incapacidad para experimentar o percibir eventos positivos y desesperanza, entre otros, además de ayudar a aprender estrategias de afrontamiento adecuadas (Moch, 2011; Griffiths et al, 2000). En el estudio de las distintas modalidades de psicoterapia que se han probado eficaces en el manejo del trastorno distímico se encuentran las terapias cognitiva, conductual, cognitivo-conductual, interpersonal, psicodinámica y de apoyo (Moch, 2011; Griffiths, Ravindran, Merali y Anisman, 2000; Ishizaki y Mimura, 2011). En lo que respecta a los Trastornos Afectivos, Gáldamez (2015), identificó la efectividad de la integración de los modelos cognitivo conductual y centrado en soluciones para la intervención en un caso de depresión.

En la presente investigación se pretende comprobar la efectividad de combinar técnicas de la Terapia Centrada en Soluciones con Terapia Cognitivo Conductual en un caso diagnosticado de distimia. Para ello es importante señalar inicialmente que la Terapia Cognitivo Conductual ofrece un planteamiento completo de la depresión, disponiendo de una teoría, una evaluación diagnóstica y un procedimiento terapéutico, concibiéndose como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas (Pérez y García,

2001). Cabe señalar el estudio realizado por Salinas (2010) en el que este modelo mejoró los sentimientos de tristeza e inadecuación en una paciente con indicadores de síntomas depresivos por duelo. Además, Grijalva (2013), llevó a cabo la investigación de un caso aplicando Terapia Cognitiva Conductual con una paciente de 43 años de edad diagnosticada con Trastorno de Depresión no especificado, junto con un problema conyugal. Con el empleo de este modelo redujo los síntomas, evidenciando una mejora en su estado de ánimo en general.

En lo que respecta a la Terapia Breve Centrada en Soluciones se fundamenta en la construcción de soluciones, partiendo de los recursos identificados en el paciente, esto por medio del lenguaje, la escucha activa del terapeuta y la detección, ampliación y atribución de control ante aquellas situaciones o momentos en el que el problema no está presente o es menos intenso, llamadas excepciones (Tarragona, 2006). Estudios como el de Knekt y Lindfors (2004) muestran la efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones y la Psicoterapia Psicodinámica Breve en un estudio con prisioneros de cárcel que tenían un diagnóstico de trastorno depresivo mayor o de ansiedad hasta por 12 meses. Así mismo, Beyebach, Estrada y Herrero de Vega (2006), mencionan que la terapia centrada en soluciones (TCS) ha sido también uno de los tratamientos a elegir para la depresión. En esta línea, destaca el estudio realizado por Koorankot, Mukherjee y Ashraf (2014), en el que comprobaron la efectividad del tratamiento basado en la Terapia Centrada en Soluciones con pacientes con depresión con síntomas leves, moderados y severos. En dicho estudio, se les dio a los participantes una sesión en la que se ofrecía psicoeducación acerca de su condición, el tratamiento, la medicación y sus efectos, y posteriormente sesiones de 45 a 60 minutos; a su vez se realizó una evaluación pre y post test mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y los resultados concluyeron que la Terapia Centrada en Soluciones es una aproximación terapéutica útil en el tratamiento de la depresión.

La implementación de lo que actualmente se conoce como terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones, ha demostrado tener resultados exitosos. Para Ramírez y Rodríguez-Alcalá (2012) ya se ha probado la eficacia de la misma en 11 casos abordados con la integración de ambos modelos. Además, de Garza (2013) que integró ambos modelos para el manejo del estrés en un cuidador de paciente con afasia también obtuvo resultados beneficiosos tras la intervención. También corroboran la eficacia de la misma Guajardo y Cavazos (2013) en un caso de violencia en el noviazgo, Ruiz (2013) para dos casos de dependencia emocional y por Carvajal (2014) en un caso de bulimia nerviosa. Por estas razones en la presente investigación surge el interés de comprobar la efectividad de la integración de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) y el modelo Cognitivo Conductual (TCC) en el caso de una mujer diagnosticada de Trastorno Distímico.

El objetivo general de la intervención fue disminuir la sintomatología ansioso-depresiva y mejorar la autoestima de la paciente. Se plantearon las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: Tras la intervención las puntuaciones obtenidas en la variable Ansiedad-Estado se verán reducidas.
- Hipótesis 2: Las puntuaciones en Ansiedad-Rasgo mejorarán tras la realización del tratamiento psicológico.
- Hipótesis 3: Disminuirán las puntuaciones directas obtenidas para la variable Depresión tras la intervención.
- Hipótesis 4: Se obtendrán puntuaciones superiores en la variable Autoestima en el post-test.

MÉTODO

Identificación de la paciente

M, es una mujer de 28 años que acude a la consulta de Psicología en la Unidad de Salud Mental derivada por su Médico de Atención Primaria. La paciente es ama de casa, está casada y tiene cuatro hijos. Tiene un nivel socio-cultural medio-bajo. Se presenta una relación familiar conflictiva debido a problemas maritales y a frecuentes disputas con la hija mayor (11 años).

Motivo de consulta

La paciente acude a consulta a consecuencia de tener sentimientos de tristeza, desesperación y desinterés generalizados. Además de presentar conductas de aislamiento social. M, tiene una apariencia física adecuada, y se encuentra motivada ante la terapia. Su actitud ante la misma resulta participativa.

Historia del problema

La paciente relata que el problema se origina en su infancia, afirma que *“siempre me he sentido así”*, M, corrobora que sus padres pasaban poco tiempo en casa debido a su situación laboral (son autónomos de un pequeño comercio), M, relata *“mi hermano y yo siempre estábamos solos y apenas hablábamos”*, *“mis padres siempre le han dado más importancia al trabajo que a la familia”*. La paciente señala que el problema se agudizó hace unos dos años, cuando su marido comenzó a tener un consumo abusivo de alcohol y cocaína. Desde este momento comenzó a tener mayores sentimiento de inseguridad tal y como relata *“no me atrevo a coger el coche fuera de mi barrio ni a ir al centro comercial sola”*. También dejó de realizar actividades placenteras que hacía con anterioridad (desayunar en una cafetería con una amiga y acudir al gimnasio). Actualmente el marido de M, ya no consume pero ella afirma tener miedo ante una posible recaída. Además, en el último año se originan frecuentes enfrentamientos con su hija mayor, ya que ésta presenta problemas en el colegio, tal y como relata M, *“muchas veces la veo jugando sola en el recreo”*, *“sus compañeras un día la*

quieren y otros no”, “no quiero que se sienta sola como yo de pequeña”. Además, la paciente afirma que parte de su desmotivación es debida a su imagen corporal, ya que según relata le gustaría perder peso y para poner solución a este problema comenzó a ir a una nutricionista hace 6 meses, pero actualmente ha dejado de ir, la explicación que da a esto es que *“no me siento motivada”, “no tengo ganas de preparar cenas y cocinar”, “no tengo tiempo para mí”*, relata. El conjunto de estas diversas problemáticas le han provocado que los sentimientos de desesperanza, tristeza, angustia y déficits en la resolución de problemas familiares hayan aumentado en los últimos años agudizándose, sobre todo, hace unos dos años, en los que presenta además problemas en el sueño e irritación.

Evaluación

El tipo de intervención que se realizó en el presente caso, fue una intervención cognitivo-conductual combinada con técnicas y estrategias de la Terapia Centrada en Soluciones. La evaluación psicológica se llevó a cabo durante toda la terapia, principalmente, con una entrevista semiestructurada en la que se incluyeron técnicas de Terapia Centrada en Soluciones cuyas premisas teóricas y planteamientos técnicos están influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, así como por el enfoque clínico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Una de las técnicas empleadas de esta corriente fue la técnica de proyección al futuro (Pregunta Milagro), puesto que resulta útil para que el establecimiento de objetivos se realice de forma adecuada. Por esta razón resulta útil para obtener una información más detallada con el fin de establecer objetivos específicos, razonables y alcanzables. Tal y como señalan diversos autores (Bandura y Schunk, 1981; de Shazer, 1988; Pérez Grande, 1992) la existencia de objetivos claramente definidos es un importante predictor del resultado final del tratamiento.

Por otro lado, también se empleó la técnica de preguntas de escala al inicio y al final de la intervención, como justificación al empleo de dicha técnica es importante señalar que autores como de Shazer y cols. Propusieron en 1986 utilizar las "escalas de avance" como una "forma de poder trabajar en aquellos casos en los que la queja y los objetivos eran excesivamente vagos para obtener descripciones conductuales de los mismos". Además, al ser ésta una escala numérica, también se empleó tras la intervención, con el fin de conocer si la intervención había mejorado en el sentido que se marcó con anterioridad.

Para conocer las distintas variables psicológicas que se podían ver afectadas en la paciente, se establecieron tres variables a estudio: ansiedad, depresión y autoestima. Con el pase de pruebas sobre estas variables sometidas a estudio se pretende conocer las medidas pre y post-tratamiento.

Se administraron distintos cuestionarios para contar con medida pre y post tratamiento:

Para medir la ansiedad se empleó el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en el año 1970 (Vera, Celis, Cordova, Buela y Spielberger, 2007), en su versión española "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo" (STAI) del año 1982 (Universidad Complutense de Madrid, 2006). El Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAI) es un instrumento psicométrico creado para medir dos dimensiones de la ansiedad: ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado se refiere a un estado transitorio de ansiedad y que es fluctuante en el tiempo (Spielberger, 1966). Por otro lado la ansiedad rasgo fue conceptualizada por Spielberger (1966), como un comportamiento predispuesto del individuo a percibir un amplio número de situaciones o circunstancias como amenazantes, a pesar de no ser objetivamente peligrosas, a las cuales responde con una elevación desproporcionada de la ansiedad estado. El cuestionario tiene una buena consistencia interna en la adaptación española, entre 0.9 y 0.93 en la ansiedad/estado y entre 0.84 y 0.87 en

ansiedad/rasgo (Spielberger et al., 1982).

Para la variable *Depresión* se empleó el Inventario de la Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). En su versión española BDI-II de Sanz y Navarro (2003). El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. En lo referente a las propiedades psicométricas de esta prueba, resulta importante señalar que la fiabilidad del test es adecuada (el alfa de Cronbach oscila entre 0.76 y 0.95). En cuanto a la validez, en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73. Muestra también una buena sensibilidad al cambio, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos (Richter et al., 1997). Los puntos de corte son los siguientes: si el individuo obtiene una puntuación directa comprendida entre 0 y 10 se considera dentro de la normalidad, entre 10-19 estaría en riesgo de sufrir una depresión, cuando la puntuación es superior a 20 se considera depresión moderada, y a partir de 30 depresión severa.

Para medir la variable *Autoestima* se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). Ésta es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Fue desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) e incluye diez ítems cuyos contenidos se centran principalmente en la evaluación de los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La versión española de esta escala presenta una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.87) y una fiabilidad test-retest de .72 (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004). Los puntos de corte son los siguientes: entre 10 y 20 puntos se

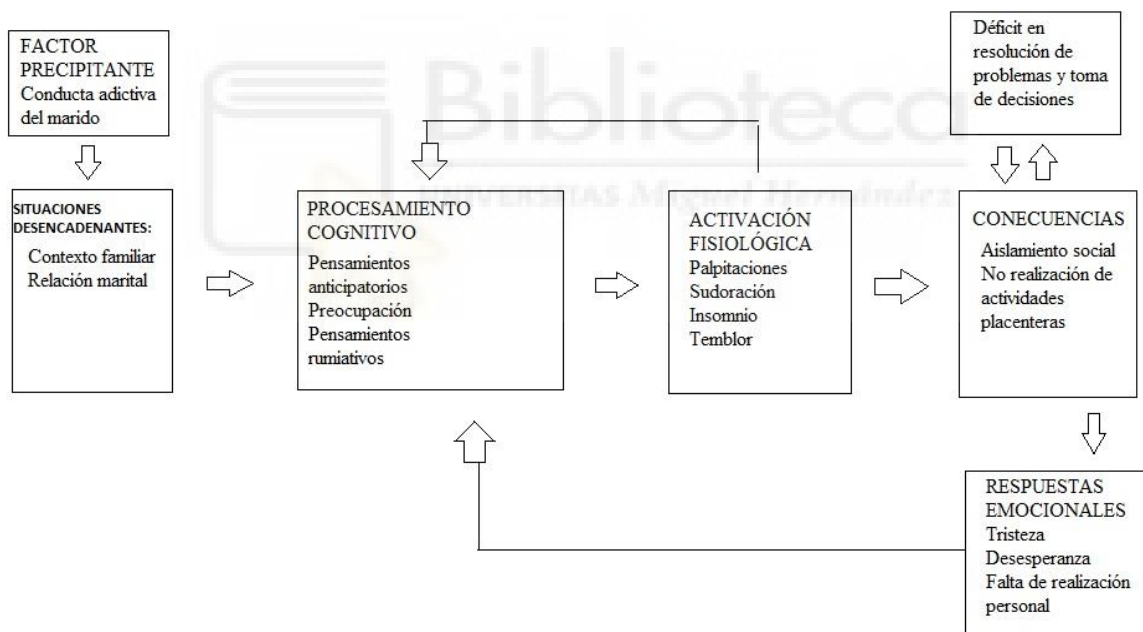
considera indicativo de baja autoestima, entre 20 y 30 autoestima media, y entre 30 y 40 alta autoestima.

Formulación clínica del caso

Tras la realización de una primera entrevista semiestructurada se procedió a la realización de la explicación del mantenimiento de la conducta problema mediante una explicación científica del mismo:

Figura 1.

Formulación clínica del caso.



Conductas problema

A continuación se presentan las distintas conductas problema encontradas al inicio de la intervención:

- Estado de ánimo depresivo (tristeza la mayor parte del tiempo, apatía)

- Frustración ante el futuro.
- Síntomas de ansiedad generalizada.
- Falta de actividad (aislamiento social).
- Déficit en toma de decisiones familiares.
- Falta de confianza en sí misma.
- Conducta alimentaria alterada (dificultad para seguir dietas).

Diagnóstico Diferencial

Tras el análisis de las conductas-problema y tras la evaluación se podría decir que la paciente cumple los siguientes criterios diagnósticos:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. Ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Así pues, según los criterios diagnóstico del DSM V (APA, 2013) se determina la presencia de un posible F34.1 Trastorno depresivo persistente (Distimia) [300.4]. Ya que la sintomatología no se podría explicar mejor con otro tipo de diagnóstico o por la presencia de otro trastorno mental.

Tratamiento

Se realizaron un total de 14 sesiones con temporalidad semanal (las primeras 5) y el resto cada dos semanas). La duración de las mismas tuvo una hora de duración aproximadamente. Se realizaron de forma individual, excepto la sesión 12 a la que acudió también el marido de la paciente. Inicialmente, antes de llevar a cabo la realización de las sesiones y pase de pruebas psicológicas se le solicitó a la paciente que rellenase un consentimiento informado con el objetivo de que ésta conociese que los datos recopilados

iban a ser sometidos a estudio (APÉNDICE II). Los objetivos específicos, las técnicas empleadas en cada sesión se presentan en la siguiente tabla

Tabla 1.

Objetivos específicos, técnicas de tratamiento y sesiones.

Objetivos específicos	Técnicas	Sesiones
Evaluación clínica y explicación del problema.	Entrevista psicológica Pase de pruebas psicológicas Psicoeducación (devolución de información)	Sesiones 1 y 2.
Reducir activación fisiológica	Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva	Sesiones 3 y 4.
Fomentar la proyección al futuro facilitando el establecimiento de objetivos personales	Pregunta Milagro Escala de avance	Sesión 5
Modificar creencias que puedan facilitar un estado de ánimo depresivo.	Reestructuración cognitiva	Sesiones 6, 7, 8 y 9.
Aprender a disminuir la sintomatología ansiosa	Técnicas de autoestima	Sesión 10 y 11
Fomentar autoestima y autoconcepto.	Técnicas de autoestima	Sesión 10 y 11
Gestionar dinámica conflictiva con los hijos.	Economía de fichas	Sesión 12
Prevenir posibles recaídas	Repaso de estrategias Resolución de dudas Pase de pruebas post-tratamiento	Sesiones 13 y 14

A continuación, se presenta la explicación de las técnicas utilizadas:

- Psicoeducación y devolución de información. Se le presentó a la paciente el modelo explicativo del caso, para otorgarle información sobre el mantenimiento de las conductas-problema. Además, se dio una explicación científica sobre las mismas y sobre el diagnóstico, se explicó qué es la Distimia y sus principales síntomas. Finalmente se establecieron objetivos terapéuticos de forma conjunta con la paciente.
- Entrenamiento en respiración diafragmática y en respiración muscular progresiva de Jacobson (1938). El objetivo del empleo de dichas técnicas fue intentar reducir la sintomatología ansiosa y su consecuente activación fisiológica en la paciente. Primeramente se le enseñó la respiración abdominal (diafragmática), para que controlase la respiración, se le puso como ejercicio practicarla tres veces al día en casa y también en casos en los que sintiera una activación fisiológica excesiva. Tras el aprendizaje de la misma se procedió a la explicación de la relajación muscular progresiva, para ello, inicialmente se le otorgó información a la paciente sobre la estructura de la misma. Se le explicó qué es la tensión y la distensión para que la técnica se ejecutase de forma adecuada, además se le otorgó gran importancia a que la paciente estuviese atenta a las sensaciones que percibía durante el entrenamiento en esta técnica. Asimismo, se detalló que la técnica pretendía conseguir la relajación muscular en distintas fases, primeramente nos centraríamos en músculos de la cara, cuello y hombro, seguidos de la relajación de brazos y manos, posteriormente se pasaría al grupo muscular de las piernas y, finalmente, del tórax, abdomen y región lumbar. En cada grupo muscular se practicaba la técnica alrededor de unos 10 minutos, hasta que la paciente la dominase y se pasase al siguiente grupo muscular. Una vez que la hubiese aprendido se procedería al repaso de la técnica en su conjunto

y a tener una atención plena a las sensaciones que se provocan durante el entrenamiento en la misma.

- La Pregunta Milagro y las Escalas de avance se emplearon con el objetivo de fomentar la proyección al futuro facilitando el establecimiento de objetivos personales. A continuación se presentan algunos de los resultados cualitativos obtenidos tras el empleo de estas técnicas. En la Pregunta Milagro se le expuso a la persona: *“Imagina que esta noche mientras duermes sucede una especie de milagro y al despertarte a la mañana siguiente sientes que el problema que te ha traído hasta aquí desaparece por completo, de forma milagrosa, de repente, ¿Qué cosas notarías diferentes esa mañana al despertarte?”* a lo que la paciente respondió: *“me levantaría a desayunar con mis hijos, me llevaría las cosas para después de llevarles las cosas ir al gimnasio, comería con mi marido, no revisaría las cervezas de la nevera”*, también se le preguntó: *“¿Qué cosas te gustaría hacer con tu familia si este problema se hubiese resuelto para siempre?”*, a lo que M, respondió: *“Me iría al cine con mi hija mayor, cuando fuese a verla al colegio estaría jugando con sus amigas y no estaría sola en el recreo, no se parecería a mí de pequeña, también me pondría a hacer los deberes con mis hijos pequeños, después de cenar haríamos cosas todos juntos, también me iría de viaje con mi marido”*... Siguiendo en esta línea se le planteó a la paciente quién sería la primera persona en darse cuenta de este cambio, a lo que respondió: *“mi hija mayor, ella siempre me pregunta qué me pasa, y me dice que por qué no hago cosas con ella, creo que si todo acabase haría más cosas con ella y me notarías más feliz”*.

En lo referente a las preguntas de escala, al iniciar la terapia se le preguntó a la paciente que si tuviese que evaluar su estado actual en un rango de 0 a 10 en el que 0 fuese “muy mal” y 10 fuese “muy bien” qué puntuación cree que es en la que se

encuentra ahora mismo, la paciente respondió que en un 2. Para obtener más información al respecto se le solicitó que dijera por qué está en un dos y no en un 1. Entre las respuestas obtenidas destacan: *“porque todavía me encuentro con fuerzas para llevar a mis hijos al colegio y a las extraescolares y porque ya no le recrimino tanto a mi marido lo que hizo hace dos años”*, a continuación se le preguntó por aquellas cosas que haría si estuviese en un 3 y no en un 2, a lo que contestó: *“iría al gimnasio, volvería a ir a la nutricionista, me sacaría un curso de esteticien de uñas, que es en lo que yo me formé”*, añadió: *“me gustaría volver a trabajar aunque con 4 hijos pequeños ahora mismo no puedo, en verano no tengo tiempo para hacer el curso, tendría que hacerlo cuando mis hijos vuelvan al colegio”*... Al finalizar esta sesión se le preguntó a M, qué cosas le gustaría retomar o hacer, que actualmente no realiza, las actividades se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2.

Listado de actividades placenteras que le gustaría realizar.

Actividades placenteras

Ir al gimnasio

Volver a ir a la nutricionista

Ir al cine con mi hija mayor

Hacer cosas toda la familia junta, como ir a la playa o a hacer un picnic

Pasar tiempo a solas con mi marido

Hacer un curso de uñas

No recriminar a mi marido cosas que hizo antes.

- En lo referente a las técnicas de reestructuración cognitiva, estas técnicas se emplearon principalmente para que la paciente pudiese detectar los fallos que podía tener en el pensamiento, para que así se modificasen los mismos y las emociones asociadas, y conseguir finalmente, el cambio en la conducta de la paciente. Para ello, primeramente se le explicó a la paciente la relación que hay entre los pensamientos-emociones-conducta, y la importancia de la modificación de pensamientos negativos, por otros más adaptativos con el fin de conseguir el cambio conductual. En estas sesiones nos centramos principalmente en los sesgos acerca del consumo de sustancias de su marido y en las creencias irracionales sobre el estilo de personalidad de su hija mayor, ya que los pensamientos negativos que tenía de forma constante se centraban básicamente en estos dos pilares. Por ello, durante el transcurso de estas cuatro sesiones nos centramos en detectar aquellos pensamientos y creencias irracionales que afectaban a la paciente de forma rumiativa y se procedió a la discusión de los mismos, haciendo preguntas del tipo: *¿Crees que este pensamiento es cierto?*, *¿Crees a ciencia cierta que las consecuencias que piensas que pueda tener esto son las que van a suceder?*, *¿Qué otras cosas podrían pasar?*, *¿hay ocasiones en las que no ha sucedido algo que no has pensado con anterioridad?*, *¿El hecho de tener estos pensamientos me ayuda a solucionar el problema de forma favorable?...* Con el objetivo de obtener más información al respecto, se le ofreció a la paciente un autoregistro (APÉNDICE III), en el que tenía que detallar situaciones que le generasen malestar, los pensamientos asociados, así como los sentimientos y las acciones que realiza en ese momento, y el nivel de ansiedad que le genera de situación de 0 a 10, siendo 0 “muy poca” y 10 “mucha”. El autorregistro se explicó en la primera sesión de Reestructuración Cognitiva y se analizaba en cada sesión, hasta en la última que se procedió a hacer un resumen de lo aprendido.

- En lo referente a las técnicas de Autoestima, primeramente se explicó qué es la autoestima y la importancia de la misma. Así como, tener una baja autovaloración y autoconocimiento de sí misma podía afectar en sus pensamientos, y fomentar las creencias irracionales. Para fomentar la Autoestima se emplearon estas técnicas:
 - . *Centrarse en las excepciones.* Resaltar la importancia de aquellas veces en la que consiguió algo, centrarnos en cómo lo hizo, en aquellas cosas que le hicieron sentir mejor a la hora de conseguir sus objetivos, en los pensamientos que tenía ante esas situaciones y en cómo se sentía cuando conseguía lo que se había propuesto anteriormente. Sobre todo, se da importancia a aquellas pequeñas cosas que se han conseguido, aunque a la persona puedan parecerle insignificantes, pero que por muy pequeñas que puedan ser consiguieron movilizar los recursos personales y fomentar la motivación de la paciente.
 - . *Transformar lo negativo en adaptativo.* Darle un sentido positivo a aquellas cosas que M, veía como negativas, por ejemplo: “*nunca consigo hacer la dieta, no tengo fuerza de voluntad*”, y modificarlo por pensamientos positivos como “*puedo conseguir perder peso, sólo tengo que tomármelo en serio*”.
 - . *Confiar y aceptarnos en nosotros mismos.* Para ello se le explicó a la paciente que cada persona es consciente de sus fallos y debilidades, pero no deberíamos tener presente sólo estos aspectos negativos, sino aceptarlos y entenderlos para buscar y trabajar sobre las fortalezas y potencialidades que nos pueden permitir el logro de los objetivos establecidos.
- En la técnica de Economía de fichas, es importante resaltar que esta sesión se hizo de forma conjunta con el marido de la paciente, ya que el objetivo que tenía era mejorar la dinámica familiar con los hijos y que éstos colaborasen en las tareas del hogar. Para ello se les explicó en qué consistía la técnica, que los padres tenían que marcar los

objetivos de forma conjunta, para así establecer dos listas, una de ellas en la que se determinaban las tareas del hogar que tenían que hacer los hijos y los puntos que conseguían si realizaban las mismas, y la otra en la que se recogían las recompensas por la consecución correcta de las mismas y los puntos que debían obtener para poder canjear los premios. Las tablas se presentan a continuación:

Tabla 3.

Tareas a realizar por los hijos de la paciente.

Tareas a realizar	Puntos que obtienen
Recoger los juguetes cuando se haya terminado de jugar	5 puntos
Recoger la ropa sucia después de ducharse	10 puntos
Recoger la habitación todos los días	10 puntos
Recoger la mesa después de comer	5 puntos
Ayudar un día a la semana a limpiar la casa	10 puntos

Tabla 4.

Recompensas de los hijos tras la realización de tareas.

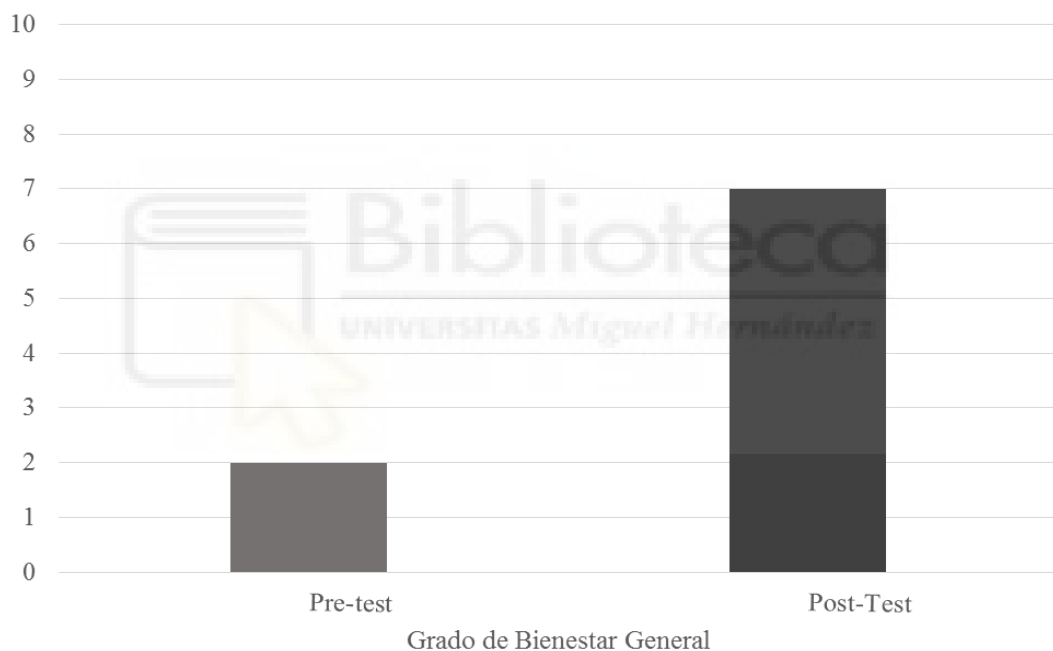
Premios	Puntos a conseguir
Hacer maratón de películas una noche	20 puntos
Ir a comer a un merendero	30 puntos
Ir al parque a jugar con los amigos	30 puntos
Ir a la piscina de los abuelos	40 puntos
Ir a pasar el día a la playa	50 puntos
Ir al cine una tarde	70 puntos

Resultados

Una vez realiza la intervención se procede al análisis de los resultados obtenidos antes y después de la intervención. Primeramente se estudia la evolución de la paciente según las preguntas de escala, que fueron empleadas para medir el grado de bienestar emocional general de la paciente (gráfico 1). En el pre-test la paciente puntúa su estado de bienestar general con un 2, mientras que en el post-test la puntúa con un 7.

Gráfico 1.

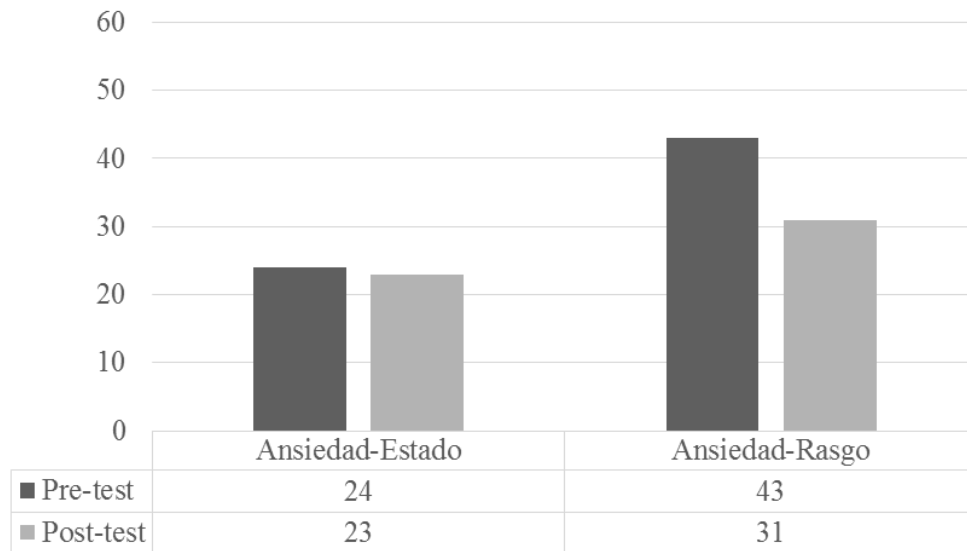
Grado de bienestar general reflejado en las escalas de avance.



Posteriormente, se pasó a estudiar la variable ansiedad (gráfico 2), en Ansiedad-Estado, la paciente obtuvo una puntuación directa de 24 en pre-test (centil 60) lo que es indicador de un moderado estado de ansiedad, mientras que en el post-test obtuvo una puntuación de 23 (centil 55). Para la variable Ansiedad-Rasgo, M, obtiene una puntuación de 42 (centil 95) lo que es indicador de un alto grado de ansiedad, mientras que en el post-test obtiene una puntuación de 31 (situada entre los percentiles 70 y 75), lo que indica que se encuentra en el límite entre una ansiedad moderada-alta.

Gráfico 2.

Resultados obtenidos en la variable Ansiedad.



En la variable Depresión (gráfico 3), la paciente obtuvo antes de la intervención una puntuación directa de 34, que se encuentra entre las puntuaciones 31 y 40 por lo tanto, es indicador de una depresión grave. En el post-test, la paciente obtuvo una puntuación de 5, lo que se encuentra dentro de la normalidad e indica ausencia de sintomatología depresiva.

Gráfico 3.

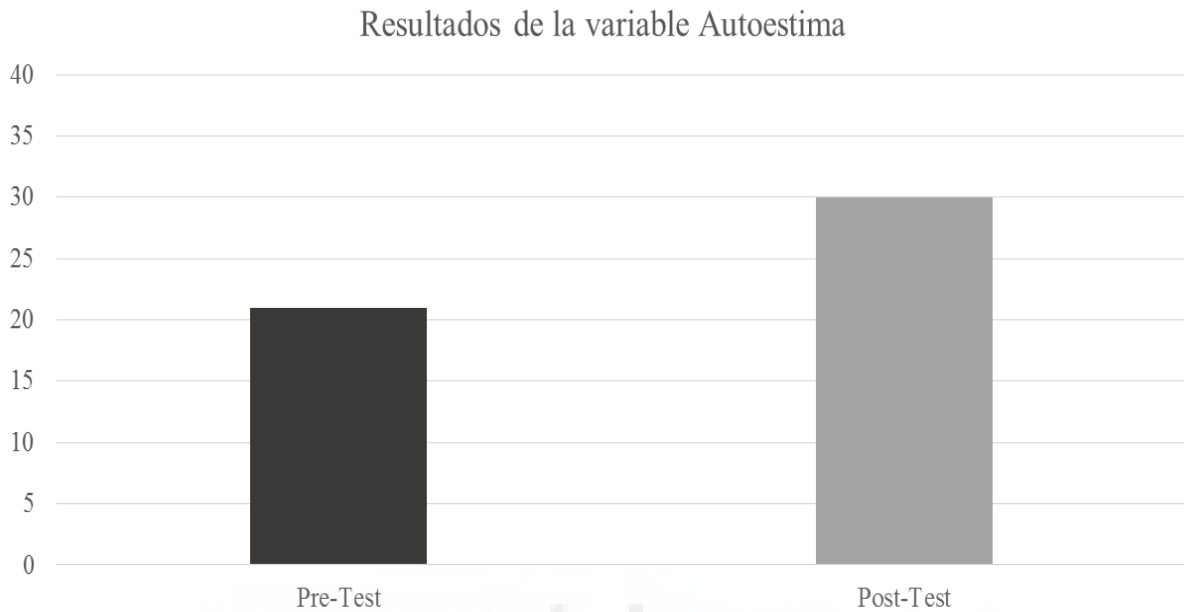
Resultados obtenidos en la variable Depresión.



En la escala de Autoestima de Rosenberg (gráfico 4), la paciente obtuvo una puntuación directa en el pre-test de 21, ya que esta puntuación se encuentra por debajo de 25, indica autoestima baja. Mientras que en el post-test obtuvo una puntuación de 30, lo que se encuentra en el límite de una autoestima alta, lo que se considera que la paciente se encuentra dentro de las puntuaciones normativas.

Gráfico 4.

Resultados obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg.



DISCUSIÓN

En el presente caso se pretende comprobar si la integración de los modelos cognitivo-conductual y centrado en soluciones permiten disminuir la sintomatología ansioso-depresiva y mejorar la autoestima de la paciente. Puesto que se ha demostrado que este tipo de intervenciones pueden ser empleadas de manera exitosa en diversas alteraciones emocionales. Estudios como los de Gersons, Carlier, Lamberts y van der Kolk (2000) y Gerson y Schnyder (2013) en los que se realizó una intervención para tratar sintomatología de estrés postraumático desde una visión integrativa que se conformaba de estrategias cognitivo conductuales como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, las tareas para casa y la imaginación guiada, así como un acercamiento desde la perspectiva psicodinámica y el uso de estrategias de las terapias sistémicas. Los resultados

indicaron una mejoría importante una vez que se finalizó el tratamiento y en el seguimiento realizado a los participantes.

En esta línea, Preston (2003) menciona que diversos estudios identificaron que la psicoterapia es efectiva, pero que no existe una diferencia significativa a la hora de comparar los resultados mediante el uso de diversos enfoques terapéuticos. Garfield (1997) comparó intervenciones desde la terapia cognitivo conductual, la terapia breve psicodinámica y la terapia breve integrativa, y descubrió que todas las intervenciones generaban resultados positivos y que, además, eran pocas las diferencias significativas al momento de comparar la efectividad entre cada una de ellas. Asimismo, Guajardo y Cavazos (2013) identificaron que la integración de modelos, desde la perspectiva cognitivo conductual y la perspectiva centrada en soluciones, es efectiva cuando se emplea para intervenir en casos de violencia. Galdámez (2015), por su parte, identificó la efectividad de la integración de los modelos cognitivo conductual y centrado en soluciones para la intervención en un caso de depresión.

Respecto a los resultados obtenidos tras la intervención, en la variable Ansiedad se puede concluir que la hipótesis planteada para Ansiedad-Estado no se cumple, puesto que se pretendía disminuir las puntuaciones en la misma en el post-test y éstas se han mantenido estables. Esto puede deberse a que tal y como señaló Spielberger en 1966, la ansiedad-Estado, tal como indica su nombre, se refiere a un estado transitorio de ansiedad y que es fluctuante en el tiempo. Por lo que en un momento determinado la persona puede sentirse ansiosa o no, dependiendo de si la situación que está viviendo la persona la evalúa como amenazante o placentera. Por el contrario, la hipótesis establecida para la variable Ansiedad-Rasgo sí se cumple, puesto que se han obtenido puntuaciones más bajas en el post-test que en el pre-test. El hecho de que ésta haya mejorado puede estar relacionado con un cambio en la actitud de la paciente, puesto que la Ansiedad-Rasgo se describe como característica

permanente y relativamente estable en la persona (Hambleton, Merenda, y Spielberger, 2005).

En lo referente a la variable Depresión, también se puede concluir que se cumple la hipótesis planteada, puesto que se ha disminuido considerablemente las puntuaciones directas en esta variable. Los resultados obtenidos muestran apoyo al estudio de Knekt y Lindfors (2004) en el que se confirma la efectividad de combinar la Terapia Centrada en Soluciones con otros modelos favorecían los resultados post-tratamiento en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor o de ansiedad. Además del estudio de Grijalva (2013), en el que se mejoró la sintomatología depresiva de una mujer con un problema conyugal. En lo que respecta a la variable Autoestima, también se puede decir que se cumple la hipótesis planteada, puesto que la paciente presenta un aumento en las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). En lo referente a esta variable es importante señalar que desde el punto de vista de la patología, la formulación misma de depresión supone un alto pesimismo, desesperanza y anhedonia, así como una baja autoestima (Beck, Steer, y Brown 1996). Además, es importante señalar la importancia de esta variable, puesto que la autoestima se ha estudiado como uno de los principales indicadores de bienestar psicológico y se ha mostrado que la alta autoestima personal y social puede ser considerada un factor protector de la salud mental (Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007).

Respecto a las técnicas empleadas en la intervención es importante señalar que González y Juárez (2016), señalan que para que se pueda considerar que existe una integración de los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones en una intervención terapéutica, se requieren algunos elementos mínimos a considerar como: 1. Una entrevista orientada a detectar los elementos para el análisis funcional y a dar espacio al paciente para hablar del problema, reconocer y validar sus emociones; 2. La evaluación con instrumentos que cuenten con las adecuadas propiedades psicométricas y no utilizar solamente la escala de avance; 3.

El establecimiento de objetivos en términos de proceso; 4. Un plan de trabajo orientado a la modificación de factores de control y de mantenimiento, y no solamente a ampliar excepciones o disminuir los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos; 5. La evaluación del cumplimiento de los objetivos terapéuticos y 6. El seguimiento. En el presente caso, se han empleado estos elementos mínimos para llevar a cabo el tratamiento, a excepción de la realización de un seguimiento.

Respecto a las limitaciones del trabajo, destacan la falta de un seguimiento, debido a la ausencia de disponibilidad de seguir en el centro de prácticas, así como el número de sesiones que se emplearon para llevar a cabo el cumplimiento de objetivos terapéuticos. En esta línea, es importante señalar que tal y como indicaron Griffiths y sus colaboradores en 2010, uno de los inconvenientes de la adherencia a la psicoterapia en el trastorno distímico suele ser el tiempo que se requiere para que produzca resultados. Se ha señalado que son necesarias al menos 18 sesiones para lograr un efecto óptimo, lo cual implica varios meses, por lo que es posible que, al desistir después de un número insuficiente de sesiones, persistan los síntomas. Por estas razones que es importante señalar que se debe ser prudente en la interpretación de los datos analizados debido a las limitaciones que presenta el estudio realizado.

Finalmente, como recomendaciones a investigaciones futuras, se recomienda que se realice un seguimiento a los 3 y 6 meses una vez haya finalizado la intervención, con el fin de comprobar si se han mantenido estables los resultados obtenidos, o si por el contrario la persona necesita de nuevo tratamiento. Tal y como se ha mencionado anteriormente, la distimia es considerado un estado crónico e incapacitante que afecta a la funcionalidad de las personas que lo padecen. Debido a esto, resultaría necesario comprobar si el tratamiento ha resultado efectivo a largo plazo para atender ante las demandas de una posible recaída.

Además, debido a las similitudes que guarda la distimia con otros trastorno, tales como el trastorno depresivo mayor, resulta relevante señalar la importancia de que se realice un buen

diagnóstico diferencial en los casos en los que se vaya a trabajar, para que consecuentemente se puedan emplear técnicas adecuadas que favorezcan la mejora de los síntomas asociados a los trastornos que presenten los pacientes. También resulta de gran importancia que se empleen modelos psicológicos que estén apoyados científicamente y que aporten efectividad en el tratamiento de los mismos.

Bibliografía

Akiskal, H. S. (2001). Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *Journal of Affective Disorders*, 62(1), 17-31.

[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00347-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00347-5)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR texto revisado). México: Masson.

Aragón E., Gutiérrez M., Pino M., Lucena C., Cervera J., Garreta I. (2001). Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Atención Primaria*, 27 (9), 623-628. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78870-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78870-1)

Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating Competence, Self-Efficacy, and Intrinsic Interest through Proximal Self-Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(3), 586-598. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.41.3.586>

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory. Second Edition manual*. San Antonio: Psychological Corporation.

Beyebach, M. Estrada, B. y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados. MOSAICO,

Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, 36, pp. 33-41. Recuperado de: <http://umh1365.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/95/2013/02/El-estatus-cient%C3%ADfico-de-la-TCS.pdf>

Carvajal, C. (2014). Terapia breve en un caso de bulimia nerviosa. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 17(4), 1500-1524. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/rep/article/view/47920/43057>

Charlson, F.J., Ferrari, A.J., Flaxman, A.D., & Whiteford, H.A. (2013). The Epidemiological Modelling of Dysthymia: Application for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Affective Disorders*, 1(151), 111-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.060>

de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton

de Shazer, S., Berg I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25(2), 207-221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>

Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

Galdámez, R. (2015) *Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad*. (Trabajo de fin de Máster. Universidad Autónoma de Nuevo León. México). Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/9636/>

Garfield, S. (1997). Brief Psychotherapy: The Role of Common and Specific Factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(4), 217-225. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199712\)4:4<217::AID-CPP134>3.0.CO;2-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199712)4:4<217::AID-CPP134>3.0.CO;2-)

.Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting Educational*

and Psychological Tests for Cross-cultural Assessment. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Garza, A. (2013). *Estudio de caso: el proceso de la terapia breve en el afrontamiento del estrés en un cuidador de paciente diagnosticado con afasia*. (Trabajo de fin de Máster. Universidad Autónoma de Nuevo León. México). Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/3463/>

Gersons, B., Carlier, I., Lamberts, R. y van der Kolk, B. (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 333-347. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1007793803627>

Gersons, B. y Schnyder, U. (2013). Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 1-6. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/ejpt.v4i0.21369?needAccess=true>

Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*. 23(1), 103-108. Doi: 10.1093/eurpub/cks035

González-Ramírez, M. T., y Juárez-Carrillo, L.L. (2016). Análisis Funcional en Terapia Breve Cognitivo Conductual Centrada en Soluciones. *Revista electrónica de psicología de Iztacala*. 19(3), 1027-1039. Recuperado de: <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art10.pdf>

Griffiths, J., Ravindran, A.V., Merali, Z., & Anisman, H. (2000). Dysthymia: a Review of Pharmacological and Behavioural Factors. *Molecular Psychiatry*, 5(3), 242–261.

Recuperado de: <https://www.nature.com/articles/4000697.pdf>

Grijalva, M. (2013). *Terapia cognitivo conductual aplicada a un caso de depresión no especificada y un problema conyugal*. (Trabajo de fin de Máster. Universidad San Francisco de Quito. Ecuador). Recuperado de:

<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2105/1/106837.pdf>

Guajardo, N., & Cavazos, B. (2013). Intervención Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual en un caso de Violencia en el Noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (2), 476-503. Recuperado de:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/39961/36364>

Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión. (2008). México: *Asociación Psiquiátrica Mexicana*.

Gureje, O. (2010). Dysthymia in a cross-cultural perspective. *Current Opinion in Psychiatry* 24, 67-71. Doi: 10.1097/YCO.0b013e32834136a5

Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-cultural Assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Hayden, E.P. & Klein, D.N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow up: The effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1864-1870.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1864>

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., & el Grupo ESEMeD -España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica. Science Direct*, 126 (12), 445-451.
<https://doi.org/10.1157/13086324>

Ishizaki, J., & Mimura, M. (2011). Dysthymia and apathy: Diagnosis and treatment. *Depression Research and Treatment*, 2011, 893905, 1 -7.
<http://dx.doi.org/10.1155/2011/893905>

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Kaplan, H. I., & Saddock, B. J. (2000). *Sinopsis de psiquiatría*. 8ª edición. Madrid: Panamericana.

Klein, D.N., Schatzberg, A.F., McCullough, J.P., Keller, M.B., Dowling, F., & Goodman, D. (1999). Early-versus late on-set dysthymic disorder: comparison in out-patients with superimposed major depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*. 52(1-3), 187-196. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00079-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00079-2)

Knekt, P. y Lindfors, O. (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of short term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow up*. Studies in social security and health. Helsinki: The Social Insurance Institution.

Koorankot, J., Mukherjee, T., y Ashraf, Z. (2014). Solution-Focused Brief Therapy for Depression in an Indian Tribal Community: A Pilot Study. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 2(1), 4-8. Recuperado de: <http://www.solutions-centre.org/pdf/17-44-1-PB.pdf>

- Larraguibel, M. (2003). Depresión y distimia en niños y adolescentes. *Boletín especial Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*, 14, 21-24.
Recuperado de:
<https://www.sopnia.com/boletines/Rev%20SOPNIA%20Nov%202003.pdf#page=21>
- Moch, S. (2011) Dysthymia: more than “minor” depression. *South African pharmaceutical journal*, 78(3) 38-43. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/275637507_Dysthymia_More_than_Minor_Depression
- Pérez Grande, M.D. (1991). Resultados terapéuticos en un modelo de terapia sistémica breve. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 93-110.
- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Revista Psicothema*, 13(3), 493-510. Recuperado de:
<http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Preston, J. (2003). *Terapia Breve Integradora: Enfoque Cognitivo, Psicodinámico, Humanista y Neuroconductual*. España: Descleé De Brouwer.
- Ramírez, J. y Rodríguez-Alcalá, J.C. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo-conductual. *Revista electrónica de psicología de Iztacala*, 15(2), 610-635. Recuperado de:
<http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num2/Vol15No2Art14.pdf>
- Requena, E. (2000). *Trastornos del estado de ánimo*. En: Jarne, A., & Talarin, A. *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós.

- Richter, P., Werner, J., Bastine, R., Heerlein, A., Kick, H. & Sauer, H. (1997). Measuring treatment outcome by the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, 30(4) 234-240. Doi: 10.1159/000285052
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós
- Ruiz, M. (2013). Dependencia emocional: características e intervención, análisis de dos casos clínicos. (Trabajo de fin de Máster. Universidad Autónoma de Nuevo León. México). Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/3806/>
- Salinas, J. (2010). El Tratamiento de la Depresión con un enfoque de Activación Conductual: Un caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 105-126. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22594/21327>
- Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Spanemberg, L. & Juruena, M.F. (2004). Distimia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(3), 300-311. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082004000300007>
- Spielberger, C. D. (1966). *Theory and Research on Anxiety. Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

- Subodh, B., Avasthi, A. & Chakrabarti, S. (2008). Psychosocial impact of dysthymia: A study among married patients. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 199-204. 37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.006>
- Tarragona, M. (2006). Las Terapias Posmodernas: Una breve introducción a la Terapia Colaborativa, la Terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones. *Revista Psicología Conductual*, 14(3), 518-521. Recuperado de: <https://my.laureate.net/Faculty/webinars/Documents/Psicologia2014/terapias%20posmodernas.%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS.pdf>
- Universidad Complutense de Madrid (2006). *Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. State-Trait Anxiety Inventory.*
- Vázquez, A., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255. Recuperado de: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1
- Vera, P., Celis, K., Córdova, R., Buela, G. & Spierlberger, C.H. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*. 25(2), 155-162. DOI: 10.4067/S0718-48082007000200006

APÉNDICE I (Cuestionarios)

STAI-E

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique cómo se SIENTE Ud.

AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
---------------	---------------	-------------------	----------------

1. Me siento calmado	
2. Me siento seguro	
3. Estoy tenso	
4. Estoy contrariado	
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	
6. Me siento alterado	
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	
8. Me siento descansado	
9. Me siento angustiado	
10. Me siento confortable	
11. Tengo confianza en mí mismo	
12. Me siento nervioso	
13. Estoy desasosegado	
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	

15. Estoy relajado	
16. Me siento satisfecho	
17. Estoy preocupado	
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	
19. Me siento alegre	
20. En este momento me siento bien	

STAI-R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique cómo se SIENTE Ud. EN GENERAL, en la mayoría de ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente.

0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
---------------	---------------	-------------------	----------------

21. Me siento bien	
22. Me canso rápidamente	
23. Siento ganas de llorar	
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	
26. Me siento descansado	
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	

28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	
30. Soy feliz	
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	
32. Me falta confianza en mí mismo	
33. Me siento seguro	
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	
35. Me siento triste (melancólico)	
36. Estoy satisfecho	
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	
39. Soy una persona estable	
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	

BDI-II

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.
 - No me siento triste

- Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2.
- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3.
- No me siento fracasado
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de personas.
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - Me siento una persona totalmente fracasada
- 4.
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5.
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6.
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado

- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que me sucede

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.

- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesada en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- He perdido más de dos kilos y medio
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar: SI NO

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A Muy de acuerdo	B De acuerdo	C En desacuerdo	D Muy en desacuerdo
-------------------------	---------------------	------------------------	----------------------------

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.	
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.	
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.	
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	
7. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.	
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	
10. A veces creo que no soy buena persona.	



APÉNDICE II (Consentimiento informado)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña. Ms Dolores G.I. Mora
con DNI nº 14.586.254-E

DECLARO:

Que el/la Sr./Sra. M. Sara García, me ha explicado que:

1.- Identificación, descripción y objetivos del procedimiento.

El Hospital Vinalopó realiza investigaciones para estudiar aspectos relacionados con aspectos psicológicos a través de la colaboración con el departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández. El Responsable de este estudio es Sara García Martín.

Los resultados derivados de dichos proyectos de investigación pueden incluir el desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes de Salud Mental.

El procedimiento que se me propone consiste en permitir el estudio de mis datos demográficos, clínicos y antecedentes a través de la revisión de historias clínicas y seguimiento de mi evolución para ser utilizado en el citado proyecto de investigación de aplicación clínica.

2.- Beneficios que se espera alcanzar

Yo no recibiré ninguna compensación económica ni otros beneficios, sin embargo si las investigaciones tuvieran éxito, podría ayudar en el futuro al mejor manejo de estos pacientes por parte de los clínicos responsables, evitando muchas veces el exceso de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o clínicos.

3.- Alternativas razonables

La decisión de permitir el análisis de mis datos es totalmente voluntaria, pudiendo negarme e incluso pudiendo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación.

4.- Consecuencias previsibles de su realización y de la no realización

Si decido libre y voluntariamente permitir la evaluación de mis datos, tendré derecho a decidir ser o no informado de los resultados de la investigación, si es que ésta se lleva a cabo.

5.- Riesgos frecuentes y poco frecuentes

La evaluación de mis datos clínicos, demográficos y de antecedentes nunca supondrá un riesgo adicional para mi salud.

6.- Protección de datos personales y confidencialidad.

La información sobre mis datos personales y de salud será incorporada y tratada en una base de datos informatizada cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria.

La cesión a otros centros de investigación de la información contenida en las bases de datos y relativa a mi estado de salud, se realizará mediante un procedimiento de disociación por el que se generará un código de identificación que impida que se me pueda identificar directa o indirectamente.

Asimismo, se me ha informado que tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Si decidiera revocar el consentimiento que ahora presto, mis datos no serán utilizados en ninguna investigación después de la fecha en que haya retirado mi consentimiento, si bien, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte de la investigación.

Yo entiendo que:

Mi elección es voluntaria, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Otorgo mi consentimiento para que el Hospital Hospital Vinalopó y el departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández utilicen mis datos para investigaciones psicológicas, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.

La información y el presente documento se me han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión libre y responsablemente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Observaciones:

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en tales condiciones estoy de acuerdo y **CONSIENTO PERMITIR EL USO DE MIS DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS PARA INVESTIGACIÓN.**

En Elche de 12 junio de 2018

Firma del paciente

Firma del psicólogo

Fdo: [Firma]
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: [Firma]
(Nombre y dos apellidos)

D.º Dolores Gil Mora

Sara García Martín

APÉNDICE III (Autorregistro)

SITUACIÓN	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ SIENTO?	¿QUÉ HAGO?	NIVEL DE MALESTAR
Mi marido me dice que no le apetece hacer nada después de trabajar	Pienso que se aburre conmigo, que tenemos una vida muy monótona y que se va a cansar de mí.	Tristeza y soledad	Preparo la cena y ceno con mis hijos, después me acuesto en la cama sin hacer nada.	6
He quedado con una amiga para andar pero le digo que no.	Que no tengo fuerza de voluntad, y que no voy a adelgazar nunca.	Desesperación, me siento mal conmigo misma.	Me pongo a limpiar en casa.	8
Me pongo en el ordenador a hacer un curso pero mis hijos me llaman y tengo que dejar de hacerlo.	Pienso que nunca tengo tiempo para mí que lo único que hago es encargarme de mi casa de los niños.	Tristeza, enfado. Siento que necesito hacer cosas para mí pero nunca las hago.	Voy con mis hijos, dejo de hacer el curso	8

<p>Voy al campo de mis padres y discuto con mi madre porque me dice que no estoy pendiente de mis hijos.</p>	<p>Pienso que es el único momento que tengo para despejarme y no me dejan disfrutar, que no puedo hacer nada.</p>	<p>Enfado, rabia.</p>	<p>Me quedo media hora esperando a que mis hijos se cambien y recojo las cosas y me voy a mi casa.</p>	<p>9</p>
<p>Me voy con mi marido a una boda a Córdoba y no me lo paso bien.</p>	<p>Pienso sólo en lo que consumió, en que me mentía y en que lo puede volver a hacer aunque él siempre me dice que no. Debería venir él al psicólogo y no yo.</p>	<p>Rabia, impotencia, enfado, tristeza, siento ganas de llorar. Agobio.</p>	<p>Finjo estar bien en el viaje, pero no me apetece hablar con él, sólo quiero volver a casa.</p>	<p>8</p>
<p>Nos vamos a la playa y no me atrevo a quitarme la ropa porque me da</p>	<p>Pienso que la gente me va a mirar, que todos tienen mejor cuerpo que yo, y</p>	<p>Tristeza, vergüenza, insatisfacción.</p>	<p>Me dejo los pantalones cortos y una camiseta.</p>	<p>10</p>

vergüenza mi cuerpo.	no me atrevo a quitarme la ropa.			
-------------------------	--	--	--	--

