



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2024-2026

Trabajo Fin de Máster

Intervención cognitivo-conductual centrada en la regulación emocional para el tratamiento de un caso de depresión y disfunción sexual masculina: un estudio de caso

Autora: M. Cristina Artero

Tutora: Cordelia Estévez Casellas

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

TFM.MPG.CEC.MCA.260113064459

Convocatoria: Ordinaria Semestre Uno

Estudio de caso único en paciente con depresión y disfunción sexual masculina

Maria Cristina Artero

Trabajo Final de Máster en Psicología General Sanitaria

Universidad Miguel Hernández de Elche

Resumen

Este trabajo evalúa la eficacia de una intervención cognitivo-conductual integrada con componentes de regulación emocional en un varón con sintomatología comórbida de depresión, ansiedad y disfunción eréctil. El objetivo principal fue analizar cómo el entrenamiento en competencias emocionales transdiagnósticas influye en la remisión clínica y la recuperación de la función sexual. Se empleó un diseño de caso único de 22 sesiones, estructurado en bloques de activación conductual, reestructuración cognitiva, entrenamiento en regulación emocional y clarificación de valores. Los resultados postratamiento indicaron una reducción significativa en la sintomatología, alcanzando niveles de remisión. Asimismo, se observó una mejora notable en la función eréctil. Se concluye que integrar la regulación emocional y la orientación hacia valores vitales no solo facilita la remisión de síntomas, sino que fortalece la resiliencia y autonomía del paciente, cumpliendo los objetivos terapéuticos planteados.

Palabras clave: Depresión, Regulación Emocional, Terapia Cognitivo-Conductual, Disfunción Eréctil, Estudio de caso único.

Unique case study in a patient with depression and male sexual dysfunction

Maria Cristina Artero

Trabajo Final de Máster en Psicología General Sanitaria

Universidad Miguel Hernández de Elche

Abstract

This study evaluates the efficacy of a cognitive-behavioral intervention integrated with emotional regulation components in a male patient presenting comorbid symptomatology of depression, anxiety, and erectile dysfunction. The main objective was to analyze how training in transdiagnostic emotional competencies influences clinical remission and the recovery of sexual function. A 22-session single-case design was employed, structured into blocks of behavioral activation, cognitive restructuring, emotional regulation training, and values clarification. Post-treatment results indicated a significant reduction in symptomatology, reaching remission levels. Additionally, a notable improvement in erectile function was observed. It is concluded that integrating emotional regulation and an orientation towards life values not only facilitates symptom remission but also strengthens the patient's resilience and autonomy, thereby meeting the proposed therapeutic objectives.

Keywords: Depression, Emotion Regulation, Cognitive-Behavioral Therapy, Erectile Dysfunction, Single-case study.

Introducción

La depresión mayor se posiciona actualmente como uno de los trastornos mentales más prevalentes y discapacitantes a nivel global. Según datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), aproximadamente 280 millones de personas conviven con esta patología, caracterizada por una alteración persistente del estado de ánimo, pérdida de interés en actividades cotidianas y una marcada dificultad en la regulación emocional. En el contexto español, el Ministerio de Sanidad (2023) señala que la depresión es una de las tasas de prevalencia más elevadas, impactando no solo en el bienestar individual, sino también en el funcionamiento social, laboral y físico de quienes la padecen.

Tradicionalmente, las intervenciones terapéuticas se han centrado en enfoques cognitivos, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que cuenta con amplia evidencia empírica en el tratamiento de este trastorno (Beck, 1979; Cuijpers et al., 2019). Este modelo destaca la interacción entre pensamientos disfuncionales, emociones negativas y patrones conductuales evitativos. Desde esta perspectiva, la depresión se entiende no solo como un trastorno del estado de ánimo, sino como un problema mantenido por estilos cognitivos rígidos, dificultades en el afrontamiento emocional y conductas que, a corto plazo, reducen el malestar, pero que a largo plazo lo perpetúan.

No obstante, en los últimos años, la regulación emocional ha adquirido un papel central dentro de los modelos explicativos y de intervención en psicopatología. Desde una perspectiva aplicada, la regulación emocional se concibe como un conjunto de competencias entrenables que permiten identificar, comprender y modular respuestas emocionales de forma adaptativa (Mayer & Salovey, 1997). Los déficits en estas competencias se han relacionado con una mayor intensidad y duración del malestar

emocional, así como con el uso de estrategias desadaptativas como la rumiación, la evitación experiencial o la supresión emocional, especialmente presentes en la sintomatología depresiva (Fernández-Berrocal & Extremera, 2005).

Además, la depresión, suele coexistir con elevados niveles de ansiedad, lo que incrementa en algunos casos la complejidad clínica. Esta comorbilidad se manifiesta frecuentemente a través de preocupación excesiva o ansiedad por ejecución, conductas evitativas y una mayor focalización atencional en el malestar, lo que interfiere significativamente en el funcionamiento cotidiano del paciente. Esta combinación de síntomas depresivos y ansiosos suele repercutir negativamente en áreas relevantes de la vida, como las relaciones interpersonales y la sexualidad.

En el ámbito de la sexualidad, la ansiedad de ejecución y el miedo al fracaso pueden desempeñar un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento de disfunciones sexuales, particularmente en varones. Modelos clásicos, como el propuesto por Masters y Johnson (1970), han puesto de relieve la importancia de la focalización atencional y la presión por el rendimiento como factores clave en la ansiedad sexual. A su vez, la evitación de las relaciones sexuales, el aumento de la autocrítica y la anticipación negativa del encuentro íntimo pueden retroalimentar el malestar emocional general, reforzando el cuadro depresivo.

Desde una perspectiva clínica, la integración de técnicas cognitivo-conductuales con intervenciones orientadas a la regulación emocional y al abordaje específico de la ansiedad de ejecución resulta especialmente adecuada en casos complejos donde convergen sintomatología depresiva, dificultades emocionales y disfunciones sexuales. En este contexto, los estudios de caso único permiten un análisis detallado e idiográfico del proceso terapéutico, ofreciendo información relevante sobre la aplicación práctica de los modelos teóricos y la evolución clínica del paciente.

Algunos autores (Bar-On, 1997; Fernández-Berrocal & Extremera, 2005), destacan que muchos pacientes depresivos presentan dificultades persistentes en la identificación, comprensión y regulación de sus emociones, lo cual limita la eficacia de los enfoques puramente cognitivos. La evidencia reciente sugiere que estos déficits constituyen un factor mantenedor de la sintomatología depresiva que la TCC tradicional no siempre aborda de forma explícita.

Por ello, la intervención diseñada en el presente trabajo se fundamenta en un enfoque integrador que combina la TCC con el entrenamiento de competencias emocionales. La incorporación de este tratamiento se plantea como un complemento necesario para fortalecer la autorregulación emocional, promover la resiliencia y optimizar los resultados terapéuticos. Esta integración encuentra respaldo empírico reciente: por ejemplo, Delhom et al. (2022) demostraron en un ensayo con adultos mayores que un programa de entrenamiento en inteligencia emocional (IE) redujo significativamente el estado de ánimo negativo y los síntomas depresivos. Además, estudios transversales han hallado que la competencia emocional intrapersonal se correlaciona negativamente con la depresión, sugiriendo que potenciar dicha competencia puede reducir la carga sintomática (Grases et al., 2023).

Desde el punto de vista teórico, se adoptan los principales modelos de inteligencia emocional: el modelo de habilidades de Mayer y Salovey (1997), que conceptualiza la IE como un conjunto de capacidades para percibir, comprender, usar y regular emociones; el modelo mixto de Bar-On (1997), que integra rasgos de personalidad, habilidades emocionales y de adaptación social; y el modelo de rasgo (Trait EI) de Petrides (2001). Asimismo, se incorpora el enfoque de Fernández-Berrocal y Extremera (2005) como marco aplicado en contexto clínico. En conjunto, esta perspectiva sustenta la hipótesis de que la TCC enriquecida con competencias

emocionales puede ofrecer beneficios adicionales frente al tratamiento centrado exclusivamente en técnicas cognitivas.

El presente trabajo se propone como objetivo describir y analizar la intervención realizada en un caso único de un paciente con sintomatología depresiva, dificultades en la regulación emocional y problemas asociados a la ansiedad de ejecución sexual. A través de un diseño de caso único de tipo clínico-aplicado con evaluación pre y post tratamiento, se pretende explorar los cambios observados tras una intervención cognitivo-conductual integrada.

La intervención terapéutica irá encaminada a:

- Identificar las principales dificultades emocionales del paciente y su relación con la sintomatología depresiva.
- Diseñar y aplicar un plan de intervención centrado en competencias como el autoconocimiento emocional, la autorregulación y la comunicación emocional.
- Analizar la evolución del caso y el impacto de la intervención comparándolo cualitativamente con abordajes puramente cognitivos.

Dada la naturaleza exploratoria del diseño, se plantean las siguientes hipótesis específicas

1. El entrenamiento en autoconocimiento permitirá al paciente a identificar con mayor precisión sus estados emocionales.
2. Se espera una mejora en las competencias de regulación emocional, concretamente en los niveles de claridad y reparación (TMMS-24).

3. El trabajo en autorregulación contribuirá a disminuir la intensidad de las emociones negativas, esperándose una reducción significativa de la sintomatología depresiva (BDI-II).
4. La mejora en la comunicación emocional potenciará estrategias de afrontamiento adaptativas, reduciendo el aislamiento y las conductas evitativas.
5. Se anticipa una disminución de la ansiedad de ejecución y, consecuentemente, una recuperación del funcionamiento sexual (IIEF-5).

Método

Identificación del paciente.

El participante, “F.G., (en adelante, el paciente)”, es un hombre de 48 años, casado desde hace 20 años y sin hijos, que reside actualmente en un entorno urbano en la ciudad de Alicante. Desde hace una década trabaja en una conocida cadena de grandes almacenes, ocupando un puesto de atención al cliente. En este ámbito, mantiene un horario laboral de ocho horas y describe una marcada insatisfacción, refiriendo que la actividad le resulta “monótona y poco estimulante”.

A nivel personal, F.G. muestra una inclinación hacia actividades intelectuales; destaca su interés por la lectura, la filosofía, la política y la fotografía. Asimismo, manifiesta una gran afición por la astronomía, actividad que practica con frecuencia utilizando un telescopio propio. Según su relato, ocasionalmente se desplaza a zonas poco transitadas en horario nocturno para realizar fotografía, actividad que describe como su principal vía de desconexión y disfrute personal.

En el plano relacional, convive con su esposa, su sobrino y dos mascotas. Aunque la convivencia es estable, refiere tensiones frecuentes y un clima de insatisfacción marital. Su red social es reducida, limitándose a un par de amistades con

las que mantiene contacto esporádico. Durante la entrevista inicial, el paciente se mostró colaborador y comunicativo, aunque con un tono emocional aplanado y una notable tendencia a la autocrítica.

Motivo de consulta

El paciente acude a consulta principalmente por dificultades para mantener la erección, problemática que identifica como detonante de su solicitud de ayuda. Informa que esta disfunción ha aparecido de manera progresiva en los últimos meses, generado sentimientos de inseguridad, vergüenza y una afectación directa en su autoestima.

De forma recurrente, manifiesta sintomatología depresiva caracterizada por tristeza persistente, anhedonia (pérdida de interés en actividades anteriormente placenteras), y una visión negativa de sí mismo como del futuro. Describe su día a día como carente de motivación y refiere episodios de llanto frecuente, exacerbados por discusiones conyugales tensión interpersonal.

En el área de pareja, relata un distanciamiento emocional y dificultades de comunicación. Destaca la ausencia de intimidad durante los últimos seis, lo que le ha provocado frustración y le ha llevado a cuestionarse la viabilidad de la relación. El paciente revela haber mantenido relaciones sexuales extramatrimoniales, incluido el recurso a servicios de pago, contexto en el cual se han manifestado con mayor intensidad los problemas de erección que motivan la consulta.

Historia del problema

El paciente refiere experimentar un malestar emocional persistente e insatisfacción vital desde hace varios años, describiendo una erosión progresiva de su bienestar psicológico. Sitúa el origen del deterioro en la dinámica de su relación de

pareja. Explica que, tras una etapa inicial de conexión afectiva y pasión, la relación se vio afectada por circunstancias externas, concretamente la enfermedad grave de un hijo de su esposa (fruto de una relación anterior), lo que generó un clima familiar de preocupación constante y desgaste emocional.

Con el tiempo, la comunicación con su pareja se tornó disfuncional, apareciendo, según el paciente, dinámicas de dependencia emocional y lo que él percibe como abuso emocional, incluyendo episodios de retirada de afecto y rechazo de contacto físico. Este patrón relacional consolidó en F.G. sentimientos de culpa, miedo al abandono y vulnerabilidad. Además, relata que su rutina diaria se ve determinada en gran medida las demandas de su pareja, lo que interpreta como una falta de autonomía, interfiriendo en su ritmo personal. Describe también como los sentimientos de culpa e insatisfacción aumentan debido a la falta de hábitos saludables y un exceso de hábitos poco saludables, como elevado consumo de tabaco, alimentación poco nutritiva, inactividad física y uso excesivo de redes sociales.

El cuadro clínico se agudizó significativamente con la aparición de la disfunción eréctil. El paciente explica que, anteriormente, la sexualidad actuaba como una de sus pocas vías de escape y gratificación. La pérdida de la función eréctil- que él asocia temporalmente al inicio de un tratamiento con psicofármacos prescrito por su médico de atención primaria- desencadenó una preocupación obsesiva y un incremento de la ansiedad. Esta situación se vio agravada por la falta de actividad sexual en el matrimonio, lo que le impulsó a buscar encuentros sexuales externos como intento desesperado de validación personal y alivio del paciente malestar.

En el ámbito laboral, el paciente describe una situación de estrés crónico o *burnout*. Percibe su entorno como hostil, con una relación conflictiva con sus

superiores, a quienes considera poco capacitados, y una sensación de injusticia respecto a la carga de trabajo. Estas circunstancias precipitaron una baja médica previa, motivada por síntomas de ansiedad, bloqueos mentales y miedo anticipatorio ante la atención al público.

Finalmente, en cuanto a los antecedentes familiares, F.G. describe una crianza marcada por la exigencia y distancia emocional. Al ser hijo único de dos profesionales sanitarios, relata haber sentido una presión constante por alcanzar el éxito académico, recibiendo mensajes que él interpretó como desvalorizantes y un diálogo interno negativo, centrado en ideas de insuficiencia y fracaso.

Variables e instrumentos

En el presente estudio de caso se han definido las siguientes variables para evaluar el impacto de la intervención:

Variable Independiente (VI): Programa de intervención cognitivo-conductual integrado con entrenamiento en competencias de regulación emocional. Consiste en un protocolo de 22 sesiones que combina técnicas clásicas (activación conductual, reestructuración cognitiva) con módulos específicos de conciencia y regulación emocional.

Variables Dependientes (VD):

- Sintomatología depresiva: Puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- Competencia emocional: Niveles de atención, claridad y reparación emocional evaluados mediante el Trait Meta-Mood Scale 24 (TMMS-24).

- Función sexual: Grado de disfunción eréctil medido a través del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5).
- Autoestima: Nivel de autovaloración cuantificado mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES).

Para la recogida de datos y seguimiento del paciente, se utilizaron procedimientos cualitativos desde el inicio como: la entrevista clínica semiestructurada (Muñoz, 2003), recurso fundamental para obtener información detallada y contextualizada sobre la historia del problema y permite una comprensión profunda del caso, además de constituir la base de la formulación clínica y la planificación del tratamiento. A través de la cual se pudo explorar el estilo de afrontamiento desadaptativo del paciente, el nivel de actividad y actividades gratificantes, además del funcionamiento en diferentes áreas personales, en este caso existen patrones de dependencia emocional, dificultades de límites, conflictos de pareja y problemas relacionales, por lo que evaluar la dinámica interpersonal es esencial. Asimismo, se utilizaron autorregistros de pensamientos, emociones y conductas (Vázquez, 2003), que resultaron especialmente útiles en este caso, dada la presencia de rumiación, autocrítica, fluctuaciones emocionales intensas y conductas evitativas.

Además de los procedimientos cualitativos, se administraron instrumentos psicométricos estandarizados descritos a continuación:

1. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz et al. 2003). Es un autoinforme compuesto por 21 ítems que miden la gravedad de la sintomatología depresiva durante las dos últimas semanas. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 63, donde un rango de 0-13 indica mínima depresión; 14-19, leve; 20-28, moderada; y 29-63, grave.

2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988; adaptación de Sanz, J. 2011) que presenta una alta consistencia interna y distingue adecuadamente entre síntomas de ansiedad y depresión, es útil para evaluar ansiedad fisiológica y cognitiva, relevante en este caso por la presencia de nerviosismo intenso, bloqueos en el ámbito laboral y social, preocupación excesiva asociada a la disfunción sexual y las respuestas de evitación.
3. La escala de autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965; adaptación de Atienza et al., 2000). Instrumento de 10 ítems que evalúan el sentimiento de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Los ítems se responden en una escala Likert de cuatro puntos (desde “muy de acuerdo” hasta “muy en desacuerdo”). Puntuaciones por debajo de 25 sugieren autoestima baja. Se empleó para valorar la autoestima global, considerado un componente especialmente comprometido en este caso.
4. La Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24; Salovey et al., 1995; adaptación de Fernández-Berrocal et al., 20004). Se trata de una escala reducida que evalúa la inteligencia emocional percibida o metaconocimiento de los estados emocionales. Consta de 24 ítems divididos en tres dimensiones: 1) Atención a los sentimientos, 2) Claridad de sentimientos y 3) Reparación de las emociones. El paciente responde mediante una escala Likert de cinco puntos.
5. El Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5, Rosen et al.,1999). Es una versión abreviada de cinco ítems diseñada para diagnosticar la presencia y gravedad de la disfunción eréctil. Evalúa la confianza en la erección, la firmeza

y la satisfacción en el mantenimiento del coito. Las puntuaciones inferiores a 21 indican la presencia de algún grado de disfunción.

Todas las puntuaciones obtenidas en la fase inicial de pre-test pueden observarse a continuación en la tabla 1.

Tabla 1

Resumen de las puntuaciones obtenidas en BDI-II, BAI, RSES, TMMS-24 y IIEF-5 tras su aplicación

INSTRUMENTO	DIMENSIÓN	RANGO	PUNTUACIÓN DE F.G.
BDI-II	Depresión	0-28	28 (Moderada)
BAI	Ansiedad	15-25	22 (Moderada)
RSES	Autoestima Global	0-25	17 (Baja)
TMMS-24 Atención	Atención Emocional	22-32	31 (Elevada)
TMMS-24 Claridad	Claridad Emocional	>26	21 (Baja)
TMMS-24 Reparación	Reparación Emocional	>26	20 (Deficitaria)
IIEF-5	Función eréctil	12-16	14 (Moderada)

Análisis de las conductas problema y formulación clínica del caso.

En el caso del paciente (ver resumen en la Tabla 2), se observa un patrón de diálogo interno marcadamente negativo, sostenido en creencias nucleares como “no soy suficiente”, “soy un fracaso como hombre” y “no voy a conseguir nada”, originadas en experiencias familiares de exigencia extrema, invalidación emocional y presión académica. Estas creencias se encuentran actualmente reforzadas por las dinámicas relacionales con su pareja, donde predominan mensajes de desvalorización emocional,

retiradas afectivas y amenazas que contribuyen a mantener su sensación de incapacidad y dependencia emocional.

Los problemas sexuales recientes (dificultad para mantener la erección) han funcionado como precipitantes del malestar actual, intensificando su autocrítica, la preocupación excesiva y el sentimiento de pérdida de control personal. El paciente interpreta la disfunción eréctil como evidencia de su supuesta “inutilidad”, desencadenando un círculo vicioso de ansiedad, evitación, culpa y más dificultad sexual.

A nivel emocional, se identifican dificultades significativas en la identificación, comprensión y regulación de sus emociones. La tristeza, la frustración, la culpa y el miedo aparecen de forma intensa, sin que el paciente disponga de herramientas adecuadas para gestionarlas. Como estrategias de afrontamiento, recurre a conductas de escape (uso excesivo de redes sociales, tabaco, conductas evitativas, relaciones extramatrimoniales) que proporcionan alivio inmediato, pero aumentan el malestar a largo plazo. Asimismo, se observan déficits en la comunicación emocional, lo cual dificulta afrontar conflictos interpersonales, expresar necesidades y poner límites. Esta baja competencia emocional está relacionada con la persistencia de la dependencia afectiva, el miedo al abandono y la tendencia a la auto invalidación.

Tabla 2*Análisis de las conductas problema*

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
Historia familiar marcada por exigencia elevada, presión académica y mensajes de invalidación emocional.	Emocionales: tristeza, culpa, frustración, ansiedad.	Corto plazo: alivio momentáneo, reducción de ansiedad y conflicto, sensación temporal de control.
Educación religiosa rígida asociada a culpa y autocontrol excesivo.	Cognitivas: rumiación, autocrítica, creencias de inutilidad, miedo al abandono.	Largo plazo: aumento de depresión y ansiedad, empeoramiento sexual, deterioro laboral y relacional, refuerzo de dependencia emocional.
Personalidad con tendencia a la autoexigencia, perfeccionismo y sensibilidad a la evaluación externa.	Conductuales: redes sociales, fumar, aislamiento, inactividad, baja médica, relaciones sexuales fuera del matrimonio, sumisión, dificultad para poner límites, aislamiento.	
Carencia temprana de modelos funcionales de regulación emocional.		
Tensiones en pareja (críticas, rechazo afectivo, conflictos, amenazas de suicidio).		
Exigencias domésticas y pérdida de autonomía.		
Inicio de la disfunción eréctil coincidente con medicación depresiva.		
Pensamientos anticipatorios negativos (“no voy a poder”, “me voy a bloquear”).		

En el ámbito laboral, la percepción de sobrecarga, la mala relación con compañeros y superiores, y la insatisfacción con tareas poco estimulantes contribuyen a la sensación de desbordamiento y estrés crónico, facilitando bloqueos y respuestas de

ansiedad en el trato con clientes. Esto, a su vez, alimenta pensamientos de incapacidad y baja autoestima, reforzando el cuadro depresivo.

En conjunto, el caso muestra una interacción compleja entre cogniciones disfuncionales, dificultades emocionales, conductas de evitación y factores relacionales y laborales estresantes. La integración de la TCC con el entrenamiento en competencias emocionales resulta coherente con las necesidades del paciente, ya que permite abordar tanto sus distorsiones cognitivas como sus dificultades de regulación emocional y afrontamiento.

El motivo principal del paciente es la dificultad para mantener la erección, síntoma que es interpretado por F.G. como señal de incapacidad y que actúa como detonante del malestar actual. Sin embargo, la hipótesis de origen indica que el malestar se sostiene por la interacción de tres elementos principales; en primer lugar, las creencias centrales negativas profundamente arraigadas “no soy suficiente”, “soy un fracaso”, originadas en una historia familiar marcada por la desvalorización, la exigencia constante y la falta de validación emocional; en segundo lugar, los déficits en competencias emocionales dificultan la identificación y gestión adecuada de las emociones intensas como tristeza, culpa o ansiedad. Y, en tercer lugar, las conductas evitativas y estrategias de afrontamiento disfuncionales, tales como el uso excesivo de redes sociales, fumar, retraimiento, inactividad y búsqueda de alivio a través de relaciones sexuales fuera del matrimonio. Respecto a la hipótesis de mantenimiento, el contexto relacional de pareja constituye un factor clave, puesto que la dinámica afectivo dependiente, la falta de límites, el rechazo físico y abusos emocionales incrementan su vulnerabilidad emocional y refuerza su autoconcepto ya deteriorado. Paralelamente, el ámbito laboral contribuye a su saturación emocional, debido a la percepción de injusticia, sobrecarga y baja autonomía, generando bloqueos y ansiedad anticipatoria.

La disfunción eréctil se convierte así en el punto de colapso de un sistema ya sobrecargado, funcionando como un síntoma reactivo que activa sus creencias negativas, aumenta la autocrítica y precipita la intensificación de la depresión y la ansiedad. La falta de habilidades para regular emociones intensas, unida a la rumiación y la evitación, mantiene el círculo de malestar.

Este problema se enmarca en un cuadro de depresión moderada-alta, acompañado de ansiedad situacional, baja autoestima, alto estrés percibido y dificultades en la regulación emocional.

El diagnóstico principal se realiza conforme a los criterios establecidos en el DSM-5-TR (APA, 2024):

Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, moderado (F32.1). Los síntomas estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de interés y disfrute, fatiga, sentimientos de inutilidad y autocrítica intensa, llanto frecuente, malestar significativo en múltiples áreas de funcionamiento, duración superior a dos semanas y repercusión en la calidad de vida clara son compatibles con los criterios diagnósticos para este trastorno. No se observan episodios previos que permitan clasificarlo como recurrente; por tanto, el diagnóstico más ajustado es episodio único.

Trastorno Eréctil (F52.21). Dificultad recurrente para obtener y/o mantener una erección satisfactoria para la actividad sexual, deterioro significativo en el funcionamiento sexual y emocional, relación temporal con alto estrés, conflicto de pareja y toma de medicación antidepresiva, provocando un malestar clínicamente significativo.

Procedimiento

Tipo de diseño

El presente trabajo se basa en un diseño de caso único particularmente adecuado para el análisis detallado de procesos de cambio en psicoterapia y para valorar la eficacia de una intervención individualizada en un caso clínico complejo (Kazdin, 2011; Barlow, Nock & Hersen, 2009). Este diseño permite examinar la relación temporal entre la intervención y los cambios en el comportamiento, estado emocional y funcionamiento general del paciente. Este tipo de diseño es especialmente útil en casos con alta comorbilidad (depresión, ansiedad, disfunción eréctil y conflictos de pareja), donde se requiere un análisis idiográfico y un plan de intervención adaptado.

El procedimiento incluyó tres fases: evaluación inicial, intervención psicológica y evaluación continua del progreso mediante medidas repetidas y análisis cualitativo del cambio.

Tratamiento

Objetivos terapéuticos

Dado que el objetivo principal de la intervención es reducir la sintomatología depresiva y ansiosa del paciente, las estrategias terapéuticas deben centrarse en: (1) promover que el paciente adquiriera un conocimiento claro de su respuesta emocional; (2) reducir la frecuencia e intensidad de la sintomatología ansiosa y depresiva; (3) reestructurar patrones de pensamiento disfuncionales y creencias nucleares negativas; (4) incrementar y fortalecer las estrategias de afrontamiento adaptativas; (5) fomentar el restablecimiento y mantenimiento de hábitos saludables; (6) intervenir en las dificultades de relación de pareja; (7) abordar la disfunción eréctil desde un enfoque biopsicosocial; (8) favorecer la creación o recuperación de una red de apoyo social.

Selección del tratamiento más adecuado

Se ha considerado que, puesto que las manifestaciones clínicas del paciente se ajustan a un patrón ansioso-depresivo mantenido por factores cognitivos, conductuales y emocionales, así como disfunción sexual masculina, la TCC se considera como tratamiento de elección para los trastornos emocionales comunes según la American Psychological Association (APA) y múltiples metaanálisis (Hofmann et al., 2012; Cuijpers et al., 2021), y específicamente eficaz para abordar problemas de pareja (Baucom et al., 2015), estrés laboral (Richardson y Rothstein, 2008) y disfunciones sexuales masculinas (Rosen et al., 2006; Carvalho y Nobre, 2020). Además, la integración de componentes de regulación emocional se apoya en modelos transdiagnósticos (Aldao et al., 2016; Berking y Wupperman, 2012) de entrenamiento en competencias emocionales.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento constó de un total de 22 sesiones de una hora de duración cada una de ellas, con una periodicidad semanal durante la mayor parte del tratamiento y espaciando las sesiones cada dos semanas en la última fase de este. Fueron dirigidas por una psicóloga sanitaria experta. En la Tabla 3 se desarrolla el contenido de estas.

Tabla 3

Plan de tratamiento

Estrategias de intervención	Sesiones
Evaluación inicial, establecimiento de objetivos terapéuticos, devolución de resultados y psicoeducación	1-4
Activación conductual y hábitos saludables	5-7

Reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos y creencias irracionales	8-11
Competencias emocionales, pareja y sexualidad	12-16
Resiliencia y proyecto vital	17-20
Evaluación, cierre y prevención de recaídas	21-22

Evaluación y Psicoeducación: Sesiones 1, 2, 3 y 4

Sesión 1: Evaluación inicial y construcción de la alianza terapéutica.

Se inició el procedimiento con la evaluación clínica y la recogida de datos del paciente mediante una entrevista clínica semiestructurada” (Salazar y Caballo, 2018). Con el objetivo de comprender el motivo de consulta y la naturaleza del impacto de las principales preocupaciones para el correcto diagnóstico y establecimiento de objetivos, asimismo de una alianza terapéutica sólida. A continuación, se informó a F.G. del procedimiento de la intervención y se estableció un contrato verbal de compromiso de trabajo tanto dentro de sesión como fuera a través de las tareas para casa. Tras la afirmativa, el proceso continuó con la explicación detallada de la correcta aplicación de los cuestionarios estandarizados utilizados (RSES y BDI-II) para completar en casa, así como el autorregistro de situaciones que fueron enviadas vía email al paciente.

Finalizamos la sesión con la resolución de dudas sobre esta primera toma de contacto y el plan de tratamiento.

Sesión 2: Evaluación estructurada y aplicación de instrumentos.

Las observaciones de la segunda sesión comenzaron con la aplicación de los instrumentos estandarizados que no fueron enviados para casa, como el IIEF-5 y la

TMMS-24 con el objetivo de obtener una línea base objetiva del estado emocional, cognitivo y sexual del paciente. Paralelamente, se continuó profundizando en aspectos relevantes de su historia personal y relacional mediante entrevista semiestructurada.

Sesión 3: Devolución de resultados y psicoeducación inicial

La sesión 3 estuvo orientada a la devolución de resultados de la evaluación y a la psicoeducación sobre la depresión, la ansiedad y la regulación emocional. Se explicó el modelo cognitivo-conductual de manera accesible, haciendo hincapié en el papel de la evitación, la rumiación y las dificultades emocionales como factores mantenedores del malestar. Y para ello se preparó material visual donde se puede observar de manera más clara y dinámica el modelo A-B-C y el ciclo de “La trampa de la depresión” (véase anexo B y anexo C). Esta sesión permitió al paciente comenzar a comprender su sintomatología desde un marco explicativo no culpabilizante.

Sesión 4: Identificación de conductas problema y entrenamiento en autorregistros

En la cuarta sesión se realizó una breve revisión de los contenidos trabajados en sesiones previas y del estado emocional del paciente durante la semana. A continuación, la sesión se orientó a la introducción del modelo cognitivo y al entrenamiento inicial en autorregistro de pensamientos, emociones y conductas, con el objetivo de conocer la relación existente entre las situaciones que experimenta, su interpretación cognitiva y las respuestas emocionales y conductuales asociadas. Se introdujo el modelo A-B-C- de la TCC. Para facilitar la comprensión del modelo, se emplearon ejemplos cotidianos adaptados a la realidad del paciente. Ejemplo trabajado en sesión:

A (Acontecimiento): “Mi mujer rechaza el contacto físico por la noche”

B (Pensamiento automático): “No le atraigo”, “algo falla en mí”, “si no funciona sexualmente, no valgo”

C (Consecuencias):

- Emocionales: tristeza intensa, vergüenza, ansiedad
- Conductuales: evitación del contacto, aislamiento, consumo de tabaco, rumiación nocturna

Posteriormente, se introdujo el uso de autorregistros escritos, explicando su función como herramienta fundamental y se entregó al paciente una copia de este (véase Anexo A). Como tarea para casa, se indicó al paciente que completara al menos tres situaciones a lo largo de la semana, priorizando situaciones que generan malestar emocional significativo.

Activación conductual y hábitos de vida saludables: Sesiones 5, 6, 7

Sesión 5: Activación Conductual I

El objetivo de esta sesión fue incrementar la actividad del paciente y reducir la evitación conductual. Se explicó la relación entre inactividad y bajo estado de ánimo, destacando cómo la reducción de actividades placenteras y significativas contribuye al empeoramiento emocional. de forma colaborativa, se identificaron actividades potencialmente gratificantes acordes a sus intereses personales y se elaboró una programación semanal básica junto al paciente, priorizando tareas realistas y graduales. Se enfatizó que el objetivo inicial no es sentirse bien inmediatamente, sino reactivar progresivamente el sistema de refuerzo a medio plazo.

Como tarea para casa, se indicó al paciente llevar a cabo el plan de actividades acordado y registrar el nivel de satisfacción y estado de ánimo asociado a cada actividad.

Sesión 6: Activación Conductual II y Hábitos Saludables

Esta sesión comenzó con la revisión de la programación de actividades, valorando tanto los logros como las dificultades encontradas. Se reforzó positivamente cualquier incremento conductual, aunque fuese mínimo, y se trabajaron las barreras detectadas, especialmente la fatiga, la procrastinación y los pensamientos de desvalorización asociados a no cumplir las tareas planificadas. A continuación, se realizó una intervención psicoeducativa breve sobre la relación entre hábitos de vida y salud mental abordando específicamente el impacto del sueño irregular, la alimentación desequilibrada, la inactividad física y el consumo elevado de tabaco en el estado de ánimo, la energía y la regulación emocional (WHO, 2022).

De manera colaborativa, se priorizaron objetivos concretos y alcanzables, centrados en:

- Regularización progresiva de los horarios de sueño,
- Introducción de actividad física ligera,
- Reducción gradual del consumo de tabaco,
- Disminución del uso excesivo de redes sociales como conducta de escape.

Se evitó plantear cambios globales o simultáneos, optando por una estrategia de modificación gradual de hábitos, reforzando la autoeficacia. Asimismo, se vinculó el autocuidado con una forma legítima de atender sus propias necesidades emocionales.

Como tarea para casa, se acordó mantener el registro de actividades e incorporar un seguimiento sencillo de los hábitos trabajados, prestando especial atención a su impacto subjetivo sobre el estado de ánimo y nivel de energía.

Sesión 7: Modelo cognitivo y Detección de pensamientos automáticos

En primer lugar, se revisan brevemente las tareas de la sesión anterior, prestando especial atención a la relación entre actividades realizadas, cambios en el estado de ánimo y aparición de pensamientos autocríticos. El paciente identificó que, incluso en momentos de mayor activación conductual, surgían pensamientos negativos de forma automática, especialmente relacionados con la autoimagen, el desempeño sexual y la percepción de incompetencia personal.

Posteriormente, se introdujo el concepto de pensamientos automáticos negativos, destacando su carácter involuntario, breve y creíble para quien los experimenta. Utilizando ejemplos directamente extraídos del autorregistro que había estado utilizando durante estas semanas, el paciente fue capaz de identificar pensamientos frecuentes como “no valgo”, “voy a fallar”, “no soy suficiente” o “si no funciono sexualmente, no sirvo”, vinculados a emociones de tristeza, ansiedad y culpa.

A continuación, se presentaron las distorsiones cognitivas más relevantes para el caso, tales como: pensamiento dicotómico (todo/nada), sobregeneralización, lectura de mente, catastrofismo, personalización, descalificación de lo positivo. Extraídas de manera autónoma por el paciente de un documento presentado de carácter general a través de material visual (véase Anexo D).

Como parte inicial de la reestructuración cognitiva, se enseñó a cuestionar estos pensamientos mediante preguntas socráticas básicas, orientadas a evaluar su evidencia,

utilidad y grado de realismo, sin exigir todavía la generación de pensamientos alternativos complejos.

Y como tarea para casa, se propuso el uso de estas preguntas cuando aparecieran pensamientos con las mismas características.

Reestructuración cognitiva: Sesión 8, 9, 10, 11

Sesión 8: Reestructuración cognitiva Y: profundización en pensamientos automáticos y generación inicial de alternativas.

La sesión comenzó con una revisión breve de las tareas asignadas en las sesiones anteriores, centradas en la activación conductual, la instauración progresiva de hábitos saludables, además el paciente refiere haber utilizado dichas preguntas en varias situaciones cotidianas. El paciente refiere una ligera mejoría en su nivel de energía y una mayor conciencia de su rutina diaria, aunque mantiene un discurso autocrítico elevado ante cualquier dificultad.

Posteriormente, se introdujo de manera progresiva la generación de interpretaciones alternativas más ajustadas y funcionales, sin exigir al paciente formulaciones excesivamente positivas, sino realistas y compasivas consigo a través de una actividad diseñada *ad-hoc*, que puede verse como Anexo 6, llamada “La tabla de clasificación de pensamientos”.

Por ejemplo, ante el pensamiento “si no funciono sexualmente, no sirvo”, se exploraron alternativas como “mi valor personal no depende exclusivamente de mi rendimiento sexual” o “el estrés y el malestar emocional influyen en la respuesta sexual”.

Para para casa acordamos, continuar con el registro de pensamientos automáticos, incorporando una nueva columna destinada a la formulación de pensamientos realistas, así como la valoración posterior del impacto emocional de estos.

Sesión 9: Reestructuración cognitiva II: identificación y trabajo inicial de creencias intermedias y nucleares.

Revisando las tareas realizadas durante la semana el paciente informa de haber identificado con mayor rapidez la aparición de pensamientos autocríticos, señalando una ligera disminución en la intensidad emocional cuando lograba cuestionarlos. No obstante, manifestó que ciertos pensamientos seguían apareciendo de manera recurrente con un contenido muy similar, lo que permitió introducir el concepto de creencias subyacentes. A continuación, utilizando el modelo cognitivo de Beck se introdujo la diferencia entre pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares.

Mediante la flecha descendente, se facilitó la identificación de creencias intermedias y la exploración de situaciones concretas y vinculación son experiencias tempranas de exigencia, crítica e invalidación emocional en el contexto familiar, así como con dinámicas actuales de pareja que refuerzan estos esquemas. Se introdujo la noción de creencias alternativas más funcionales, no como sustitutos inmediatos, sino como hipótesis a explorar.

Como tarea para casa, se propuso continuar con los autorregistros, incorporando un apartado específico para continuar con la identificación y modificación de creencias en las sesiones posteriores, reforzando la idea de que el cambio cognitivo es un proceso gradual.

Sesión 10: Trabajo de creencias nucleares y autocrítica

La sesión se centró en la exploración y reformulación de las creencias nucleares negativas previamente identificadas, especialmente aquellas relacionadas con la insuficiencia personal, el fracaso y la desvalorización (“no soy suficiente”, “soy un fracaso”, “no merezco que me quieran”). Tras el trabajo cognitivo inicial, se introdujeron experimentos conductuales como herramienta clave para contrastar empíricamente la validez de estas creencias en situaciones cotidianas bajo la idea de recoger información real que permitiera flexibilizar sus interpretaciones automáticas, no “demostrar que está equivocado”.

De manera colaborativa, se diseñaron varios experimentos adaptados a su nivel de activación conductual, entre ellos:

1. realizar una interacción laboral sin anticipar un resultado negativo y registrar el resultado real;
2. expresar una necesidad sencilla sin sobre explicarse ni justificarse;
3. exponerse a una actividad evitando conductas de comprobación o autocrítica posterior;
4. tolerar errores sin realizar conductas compensatorias.

Cada experimento incluyó la formulación previa de la creencia a poner a prueba, la predicción del resultado esperado y el registro posterior de lo ocurrido, así como de las emociones asociadas. Este trabajo permitió iniciar un cambio desde la evidencia experiencial, debilitando progresivamente la rigidez de las creencias nucleares y reduciendo la autocrítica.

Como tarea para casa, se propuso la realización de al menos uno de los experimentos conductuales planificados, acompañado de un autorregistro estructurado que incluyera situación, creencia, predicción, resultado y aprendizaje obtenido.

Sesión 11: Integración cognitiva y Competencias emocionales.

En esta sesión se realizó una síntesis del trabajo cognitivo llevado a cabo hasta el momento, revisando los avances en la identificación de pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares, así como su impacto en el estado de ánimo y la conducta. El paciente mostró una mayor capacidad para detectar sus patrones cognitivos disfuncionales y generar interpretaciones alternativas, aunque persistían dificultades en la gestión emocional asociada a dichas cogniciones.

A partir de esta observación, se introdujo de forma progresiva y psicoeducativa el concepto de competencias emocionales, destacando la diferencia entre comprender racionalmente una situación y saber manejar la emoción que ésta genera. Se explicó brevemente el papel del autoconocimiento y la regulación emocionales como complemento necesario a la reestructuración cognitiva, anticipando el enfoque de las siguientes sesiones.

Como cierre, se planteó la necesidad de incorporar herramientas específicas para identificar, validar y regular emociones intensas, sentando las bases para el siguiente bloque de intervención centrado explícitamente en el entrenamiento en competencias emocionales.

Competencias emocionales, Pareja y Sexualidad: Sesiones 12, 13, 14 y 15

Sesión 12: Regulación emocional I

En esta sesión comenzamos con psicoeducación sobre la función y el valor adaptativo de las emociones, tanto de las agradables como de las desagradables. A continuación, una vez entendidas las emociones como señales de necesidades no cubiertas, pasamos al entrenamiento en interocepción utilizando el ejercicio de escaneo corporal para localizar correlatos fisiológicos de la emoción, vinculando la sesión física con la experiencia psicológica. Además de esto, con el objetivo de expandir el vocabulario emocional del paciente, trabajamos a través de la rueda de las emociones impresa en una lámina la transición de categorías globales a etiquetas específicas. En este caso, F.G. fue capaz de diferenciar entre emoción primaria (tristeza) y emociones secundarias (desesperanza, melancolía, abandono), y, por tanto, el proceso de cómo una emoción primaria (ejemplo: tristeza por una pérdida) puede derivar en una secundaria desadaptativa (ejemplo: rabia hacia uno mismo o culpa). Bloqueando el procesamiento natural.

Como tarea para casa acordamos el Diario de claridad emocional, donde el paciente debe registrar al menos tres momentos al día donde identifique una emoción en su cuerpo y le asigne una etiqueta específica, evaluando su nivel de intensidad con una escala de 0 a 10.

Sesión 13: Regulación emocional II

En primer lugar, analizamos las tareas para casa establecidas en la anterior sesión. Tras esto, iniciamos con la psicoeducación sobre la ventana de tolerancia, explicando el concepto de regulación óptima frente a los estados de desregulación, hiperactivación (ansiedad) o hipoactivación (aislamiento depresivo). Para ello,

aplicamos entrenamientos en estrategias *Top- Down* relacionadas con la reevaluación cognitiva, pero con un enfoque inmediato en la mitigación del impacto afectivo y *Bottom-up*, de carácter más fisiológico como la implementación de la respiración diafragmática y técnicas de *Grounding*.

Como tarea para casa, el paciente debía identificar un episodio de malestar moderado y aplicar una de las estrategias entrenadas, registrando la intensidad emocional antes y después.

Sesión 14: Comunicación y reciprocidad emocional

Una vez consolidadas las herramientas de autorregulación individual, la intervención evolucionó hacia la dimensión relacional. Se identificó que el malestar del paciente no solo dependía de sus procesos internos, sino de una dinámica de pareja marcada por la evitación. Por ello, se introdujo el concepto de correulación, donde la validación mutua y la comunicación asertiva actuaron como catalizadores de la mejora clínica.

Con el objetivo de mejorar la expresión de necesidades y reducir el aislamiento interpersonal, la sesión comienza con la identificación de los patrones comunicativos a través del análisis de las cuatro formas de comunicación de Gottman, especialmente la actitud defensiva. En primer lugar, entrenamos la técnica de “Mensajes yo” para expresar estados internos y necesidades sin activar el sistema de defensa del otro. Por otro lado, la escucha activa y la validación es fundamental practicarla para reducir el sentimiento de no ser comprendido. Asimismo, la técnica del Semáforo fue clave para evitar la escalada emocional cuando la regulación falla. Para finalizar la sesión, ensayamos mediante *role-playing* conversaciones conflictivas utilizando guiones de comunicación asertiva.

Sesión 15: Psicoeducación Sexual

Como abordaje de la disfunción eréctil, utilizamos la validación para reducir la autocrítica y la culpa y, por ende, la ansiedad de ejecución. Iniciamos explicando el papel del sistema nervioso autónomo, mientras que la erección requiere una activación parasimpática (relajación), el miedo al fallo activa el sistema simpático (lucha/huida), inhibiendo la respuesta sexual. Asimismo, introducimos el concepto de *Rol de espectador* donde el paciente se convierte en un observador crítico de su propia erección, lo que le lleva a desconectar de la atención de los estímulos placenteros. Además, tratamos de despatologizar la disfunción eréctil presentándola como una consecuencia lógica del estado depresivo y la ansiedad y eliminando la etiqueta de fallo personal. Finalizamos la sesión con la reestructuración de algunos mitos y creencias rígidas sobre la masculinidad y el rendimiento sexual obligatorio.

Sesión 16: Sexualidad: Focalización Sensorial I y II

Basándonos en el protocolo de Masters y Johnson (Masters & Johnson, 1970; Carvalho & Nobre, 2020), esta sesión se desarrolla en torno a la instrucción de la focalización sensorial, es decir, se trata de poner el foco exclusivamente en el tacto no genital, eliminando así la presión por el resultado mediante la exposición gradual por fases. Para ello, es importante el entrenamiento en redirigir la atención al cuerpo cuando aparecen pensamientos intrusivos ansiógenos (“¿tendré la erección?”).

La tarea para casa fue realizar 3 encuentros de Focalización Sensorial en el hogar, con la prohibición explícita de buscar erección o coito, y centrándose en la conexión emocional y táctil.

Resiliencia y Proyecto Vital: Sesiones 17, 18, 19 y 20

Sesión 17: Reestructuración de la Identidad Sexual y Autoestima Corporal

La sesión comenzó analizando la experiencia de contacto no demandante. Además, se evaluó si el paciente logró utilizar la identificación de picos de ansiedad por ejecución y pudo mantenerse en la sensación táctil. Asimismo prestar atención a la comunicación con la pareja durante el ejercicio. A continuación, abrimos comunicación sobre las sensaciones percibidas y los pensamientos intrusivos de rendimiento, sobre la imagen corporal y el rol masculino tradicional aparecidos durante la tarea, y los cuestionamos mediante debate socrático, utilizando los mitos sexuales y aplicando la validación tratada en sesiones anteriores. Al finalizar la sesión, el paciente transita de una identidad basada en el hacer (desempeño) a una basada en el ser (vínculo y placer).

Sesión 18: Entrenamiento en resolución de problemas

Debido a la parálisis ejecutiva que genera la depresión, en primer lugar, buscamos cambiar la visión de los conflictos de obstáculos insalvables a situaciones por resolver, utilizando habilidades de regulación para gestionar la frustración inicial. En segundo lugar, entrenamos en la delimitación de conflictos específicos de forma objetiva, evitando la sobregeneralización. En tercer lugar, practicamos la generación de alternativas con la técnica de *brainstorming*. Y, por último, introducimos la toma de decisiones analizando las consecuencias para elegir la opción más adaptativa.

Sesión 19: Fortalecimiento de la Autoestima y Autoeficacia

Esta sesión inicia con la revisión de los hitos alcanzados, identificando qué conductas específicas del paciente facilitaron cada logro, ya que es crucial que el paciente identifique que la mejoría en su estado de ánimo y en su vida sexual es fruto de su esfuerzo y aplicación de estrategias. Además, realizamos un Inventario de Fortalezas

para el reconocimiento de los recursos personales, comenzando por los utilizados durante el proceso para hacerlo más sencillo.

Como tarea para casa, tras la elección de siete recursos personales del Inventario se establece un plan de acción para cada uno de ellos que el paciente deberá llevar a cabo durante la siguiente semana.

Sesión 20: Clarificación de Valores y Proyecto Vital

En esta sesión se buscaba que el paciente dejara de actuar para evitar el dolor y comience a actuar para construir valor. Para ello, analizamos la diferencia entre objetivos tangibles y valores permanentes como, por ejemplo, ser una pareja íntima y comunicativa en lugar de recuperar la erección. A continuación, haciendo uso de la actividad de “La Brújula de Valores” evaluamos las esferas de vida y detectamos las áreas descuidadas, tras esto, establecemos conductas diarias alineadas con los valores personales en las distintas áreas.

Evaluación final, Prevención de Recaídas y Cierre: Sesión 21 y 22

Sesión 21: Prevención de Recaídas y Evaluación Psicométrica Post-Tratamiento

Basándonos en el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Donovan (2005), planteamos de antemano la diferencia entre caída como evento puntual y recaída como retorno al patrón previo. Para consolidar la autonomía del paciente es importante la identificación de señales de alerta temprana, en su caso, algunos indicadores podrían ser; aislamiento social, rumiación, disminución del deseo...etc. Y para internalizar las herramientas aprendidas elaboramos juntos un “Botiquín de Emergencia”, es decir, se trata de plan de acción escrito incluyendo las técnicas que le han sido más efectivas a F.G durante el proceso. Buscamos que pueda afrontar futuros baches sin catastrofismo.

Además de la prevención de recaídas, procedemos a la re-administración de la batería de instrumentos: BDI-II, BAI, IIEF-5, RSES y TMMS-24. Como se realizó en las sesiones de evaluación, el BDI-II, el BAI y RSES se administraron en sesión, mientras que el IIEF-5 y el TMMS-24 fueron enviados para casa y enviados vía email para su corrección.

Sesión 22: Devolución de Resultados y Cierre Terapéutico

Para la realización de un balance final del proceso, se llevó a cabo un análisis conjunto con el paciente de los objetivos establecidos al inicio del proceso y su grado de cumplimiento. Es por este motivo que, se presentó además una comparativa Pre vs. Post de los resultados psicométricos de las pruebas administradas, enfatizando el cambio en las puntuaciones de claridad y reparación emocional del TMMS-24, vinculadas directamente con la mejora del estado de ánimo y la función sexual. El paciente describe también con sus propias palabras cómo se siente consigo mismo y con su vida. Y finalizamos con el reconocimiento mutuo del trabajo realizado y la formalización del fin de la intervención.

Resultados

En este apartado se exponen los hallazgos derivados de las 22 sesiones de intervención psicológica, se procedió a la evaluación postratamiento para comparar los resultados con la línea base inicial. A continuación, se detallan los cambios observados en las variables principales (véase figura 1).

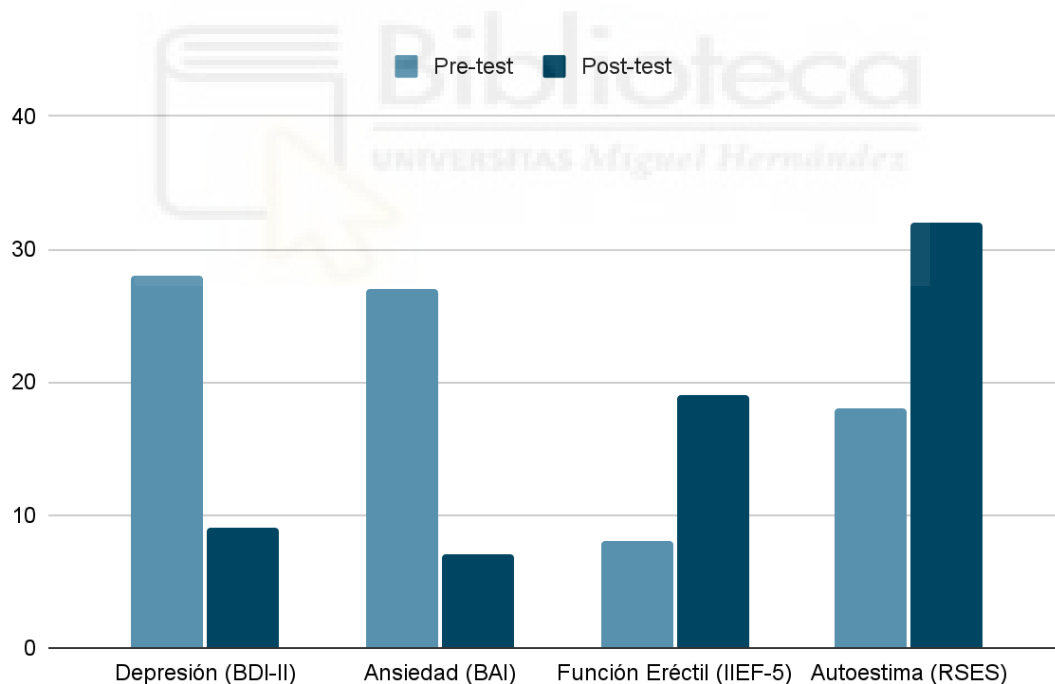
En lo que respecta al objetivo de reducir la frecuencia e intensidad de la sintomatología depresiva, los resultados muestran un descenso significativo en la puntuación del inventario de Beck. Se observa una reducción de 18 puntos en el BDI-I, situando al paciente en un nivel de depresión mínima (10 puntos). Este descenso es

especialmente visible tras el Bloque II (Activación Conductual), donde F.G. recuperó la práctica de la astronomía y la fotografía, lo que aumentó su contacto con reforzadores naturales y disminuyó el tiempo de rumia.

Complementariamente, se ha logrado comentar el restablecimiento y mantenimiento de hábitos saludables como; higiene del sueño, reducción de tabaco y actividad física, lo que el paciente reporta como un factor mediador en la mejora de su energía diaria. Esta reactivación conductual ha impactado directamente en el objetivo de fortalecer las estrategias de afrontamiento adaptativas, permitiendo que F.G. pase de una actitud pasiva-evitativa a una proactiva frente a sus estresores.

Figura 1.

Comparativa de Puntuaciones Clínicas Pre-test y Post-test en la batería de evaluación



Nota: BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; IIEF-5: Índice Internacional de Disfunción Eréctil; RSES: Escala de Autoestima de Rosenberg.

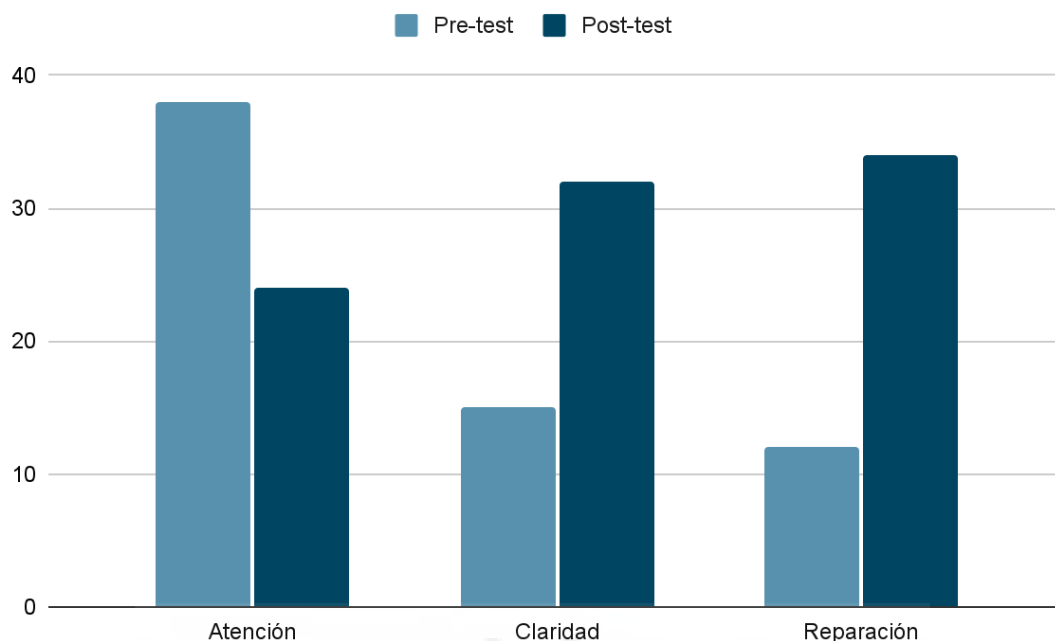
Paralelamente, la función eréctil (IIEF-5) mostró un aumento significativo, pasando de 8 (disfunción grave) a 22 (ausencia de disfunción). Este cambio se correlaciona con la aplicación de la focalización sensorial y la reestructuración de la ansiedad de ejecución. F.G. informa que la desaparición de la presión por rendir y la mejora en la comunicación con su pareja permitieron recuperar la respuesta fisiológica de erección de forma natural, ya que, al dejar de focalizarse de manera obsesiva en su respuesta fisiológica durante el encuentro sexual, la sintomatología ansiosa disminuyó significativamente. Así como mostró la puntuación obtenida en el BAI, pasando de 26 puntos (ansiedad grave/moderada) a 9 puntos (ansiedad mínima).

Respecto a la autoestima, el aumento fue de un nivel bajo (22 puntos) a un rango de normalidad (31 puntos). El paciente manifiesta una percepción más autoeficaz, no solo en el área sexual, sino también en su capacidad para gestionar conflictos laborales sin llegar al bloqueo.

Los resultados del TMMS-24 reflejan el éxito del entrenamiento en competencias emocionales (véase figura 2). Es relevante destacar que la Atención emocional disminuyó ligeramente hacia rangos de normalidad, lo que indica que el paciente ha dejado de estar hipervigilante a sus estados internos de malestar.

Figura 2.

Evolución de las dimensiones de claridad y reparación emocional mediante la escala TMMS-24



Nota. Puntuaciones transformadas según los baremos de hombres del TMMS-24.

El incremento en la puntuación de Claridad (de 15 a 32) sugiere que el entrenamiento en autoconocimiento permite al paciente identificar con precisión sus estados internos. Asimismo, el aumento en Reparación (de 12 a 34) indica que F.G. ha integrado estrategias adaptativas para interrumpir estados emocionales negativos y que, por tanto, no solo identifica qué siente, sino que aplica técnicas de regulación para gestionar el malestar.

Como se ha podido observar a través de los autorregistros, el paciente logró identificar que su creencia de “no ser suficiente” era un sesgo aprendido y no una realidad fáctica. En este sentido, el trabajo en reestructuración de patrones de pensamientos disfuncionales y creencias nucleares negativas fue esencial para este cambio cognitivo y reducir de esta manera la autocrítica, uno de los factores clave en el mantenimiento del cuadro depresivo.

Con relación a las dificultades de relación de pareja, los resultados muestran una mejora notable en la comunicación, tras la potenciación de la expresión emocional se redujo el aislamiento interpersonal.

Finalmente, la recuperación de una red de apoyo social y la creación de un proyecto vital se consolidó en las últimas sesiones. F.G. ha retomado interacciones sociales que evitaba y ha definido metas basadas en sus valores personales. La intervención en prevención de recaídas garantiza en el paciente una autonomía necesaria para mantener estos logros, transformando las herramientas terapéuticas en recursos de resiliencia a largo plazo.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual integrada con componentes de regulación emocional en un caso de depresión y disfunción eréctil. Los resultados obtenidos confirman las hipótesis planteadas, mostrando una mejoría clínica significativa en todas las variables evaluadas tras las 22 sesiones de tratamiento.

En primer lugar, la reducción de la sintomatología depresiva (de moderada a mínima en el BDI-II) respalda la eficacia de la combinación de la activación conductual con el entrenamiento en competencias emocionales. Mientras que la activación permitió al paciente retomar reforzadores vitales como la astronomía y la fotografía, el trabajo en regulación emocional parece haber actuado sobre el factor de mantenimiento de la rumia. Este hallazgo es coherente con lo planteado por Aldao et al. (2016), quienes sugieren que la regulación emocional es un factor transdiagnóstico cuya mejora impacta directamente en la reducción del afecto negativo.

Un aspecto central de este estudio fue la relación entre la competencia emocional y la función sexual. Los datos del TMMS-24 muestran que el incremento en la claridad y reparación emocional se correlacionó con la recuperación de la función eréctil (IIEF-5). Se observa que, al mejorar su capacidad para identificar y modular estados emocionales de ansiedad y culpa, F. G. logró disminuir la "ansiedad de ejecución". Como señalan Carvalho y Nobre (2020), los factores cognitivo-emocionales son determinantes en las disfunciones sexuales masculinas; en este caso, el entrenamiento emocional permitió al paciente transitar de una focalización atencional en el fracaso a una mayor conciencia sensorial y aceptación.

Asimismo, la disminución de la ansiedad medida por el BAI (de niveles graves a mínimos) refuerza la idea de que la intervención no solo tuvo un impacto subjetivo, sino que redujo la activación autonómica que interfería en la respuesta sexual. La técnica de focalización sensorial, integrada en un marco de regulación emocional, permitió que el paciente redefiniera la intimidad, eliminando la presión por el rendimiento que Masters y Johnson (1970) identificaron como el principal mantenedor de la disfunción eréctil

Finalmente, la integración de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) facilitó una transición identitaria: el paciente abandonó una etiqueta "patologizada" para abrazar una narrativa orientada a valores. Según los modelos de Hayes, esta flexibilidad cognitiva de priorizar valores de pareja sobre metas de rendimiento es el predictor más fiable del mantenimiento de los logros y la resiliencia a largo plazo.

Limitaciones

A pesar de los resultados positivos, el presente trabajo presenta limitaciones. Al tratarse de un diseño de caso único (N=1), la generalización de los resultados a otros pacientes o contextos clínicos es limitada. No es posible determinar con exactitud qué

porcentaje de la mejora se debe a las técnicas específicas de TCC clásica frente a los módulos de regulación emocional. Futuras investigaciones con diseños de grupos o de línea base múltiple podrían ayudar a aislar el efecto de estas variables. Además, sería necesario realizar un seguimiento a los seis y 12 meses para comprobar la consolidación de los cambios y la eficacia del plan de prevención de recaídas basado en el modelo de Marlatt y Donovan (2005).

En conclusión, este caso clínico ilustra la importancia de abordar la sintomatología depresiva y sexual de forma integrada. La inclusión de la inteligencia emocional percibida como eje vertebrador del tratamiento ha demostrado ser una estrategia eficaz para romper el ciclo de evitación y autocrítica del paciente, facilitando una recuperación no solo sintomática, sino también en su calidad de vida y bienestar interpersonal.

Referencias

- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 14, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.013>
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical Manual*. Multi-Health Systems.

- Barrera, A. P. S. (2019). Evaluación del efecto de una intervención en inteligencia emocional en adultos mayores. *Revista Psicología y Salud*, 29(1), 1–10.
<https://www.redalyc.org/pdf/6678/667871445003.pdf>
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.2.271>
- Baucom, D. H., Epstein, N., Kirby, J. S., & LaTaillade, J. J. (2015). Cognitive-behavioral couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 66, 775–803.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015113>
- Delhom, I., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2022). Emotional intelligence intervention in older adults to improve adaptation and reduce negative mood. *International Psychogeriatrics*, 34(1), 79–89. <https://doi.org/10.1017/S1041610220003579>
- Dimidjian, S. Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R.F., & Lewinsohn, P.M. (2011). Behavioral activation for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
- Dobson, K. S., & Dozois, D. (2019). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Guilford Press.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63–93.

- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751–755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Grases, G., Colom, M. A., Sanchis, P., & Grases, F. (2023). Relationship of depression with empathy, emotional intelligence, and symptoms of a weakened immune system. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1250636. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1250636>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270 <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://link.springer.com/article/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of behavioral change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Little, Brown and Company.
- Moreyra-Ruiz, M., & Olivas-Ugarte, L. (2023). Inteligencia emocional en población adulta: medición y correlatos, una revisión sistemática. *PsiqueMag*, 12(2), 79–98. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v12i2.2199>

- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Quispe Huanca, G. (2024). *Relación entre Inteligencia Emocional y Depresión en adultos de 25 a 60 años atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Arequipa* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de San Agustín.
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69–93. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69>
- Rosen, R. C., Leiblum, S. R., & Spector, I. P. (2006). Psychological interventions for erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 293–307. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9023-5>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Santini, Z. I., Pisinger, V. S. C., Nielsen, L., et al. (2020). Social disconnectedness perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 260, 134–146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.039>
- Sanz, J. (2011). Adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). En *Manual del BAI*. Pearson Assessment.
- Sarkar, B., Ali, A., & Paul, F. A. (2023). A case study of depression: A holistic exploration through the lens of biopsychosocial dynamics. *Odisha Journal of Psychiatry*, 19(2), 59–64 https://doi.org/10.4103/OJP.OJP_3_24

Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology.

Clinical Psychology Review, 32, 905–908

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.001>



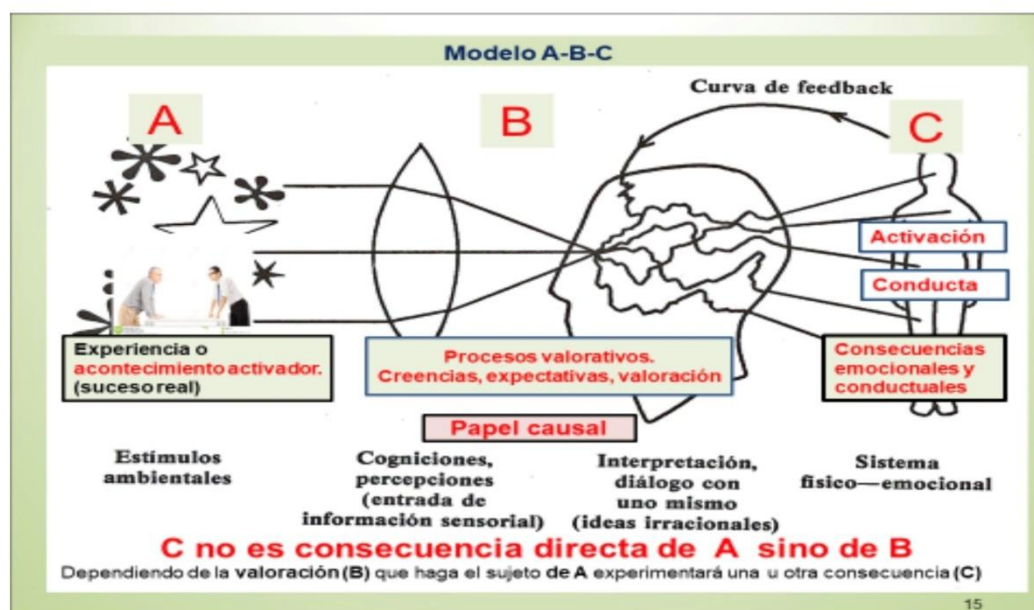
Anexo A: Modelo de Autorregistro

EJEMPLO DE AUTORREGISTRO DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS

(Vázquez, 2003)

Fecha/hora	Situación 1. ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba y qué sucedía?	Emoción(es) 1. ¿Qué emociones (tristeza/ansiedad/ira/etc.) sintió en ese momento? 2. ¿Cómo fue de intensa, en una escala de 0 a 10?	Pensamiento(s) automático(s) 1. ¿Qué le vino a la cabeza en ese momento (ideas, recuerdos, imágenes...)? 2. ¿En qué grado, de 0 a 10, pensó que esos pensamientos eran ciertos?

Anexo B: Material psicoeducativo Modelo A-B-C



Anexo C: Material Ad-hoc “Clasificación de pensamientos”

	NO REALISTA	REALISTA
NEGATIVOS	DISTORSIÓN COGNITIVA (ej. Seguro que mi ascenso es porque soy la única pringada que acepta trabajar más horas) Mi cerebro ha interpretado mal la realidad por mi historia personal 1. Darme cuenta de que es mentira 2. Analizarlo y desmentirlo con argumentos 3. Generar un nuevo pensamiento más realista y positivo para esa relación	ACEPTACIÓN (ej. No me gusta trabajar tantas horas porque casi no veo a mi novio, le diré que comamos juntos en el descanso) La realidad es negativa (Coronavirus, enfermedad, algo que no quiero) 1. Generar alternativas de cosas que hacer que me hagan sentir mejor para no permanecer en la queja y la tristeza 2. Buscar algo positivo en la situación
POSITIVOS	MR. WONDERFUL (ej. Bien, un ascenso, seguro que un año seré socia de la empresa) Interpreto la realidad mejor de lo que es con tal de sentirme mejor. 1. Analiza la realidad para no llevarte chascos que te hagan sentir muy mal después	ADAPTATIVO (ej. Bien un ascenso, me lo merecía, llevo trabajando duro mucho tiempo y mi jefa lo ha reconocido) El cerebro interpreta bien la realidad. Suele llevarme a emociones que me hacen sentir bien y a la acción.

Anexo D: Documento de Distorsiones Cognitivas

Distorsiones cognitivas
Personalización: se refiere a cuando las personas se sienten responsables al 100% de acontecimientos en los que apenas han participado o incluso en aquellos en los que no han participado en absoluto. Abstracción selectiva o filtraje: consiste en centrar la atención en aquellos aspectos negativos e inadecuados, acordes a nuestros esquemas e ignorar o apenas tener en cuenta el resto de información. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. Sobregeneralización: es la tendencia a creer que, si algo ha ocurrido alguna vez, ocurrirá otras muchas veces. Maximización y minimización: consiste en magnificar los errores propios y los éxitos de los demás, y minimizar los propios éxitos y los errores de los otros. Pensamiento polarizado: consiste en valorar los acontecimientos de forma extrema, sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Ver las cosas blancas o negras, falsas o verdaderas. Razonamiento emocional: se refiere a la suposición, por parte de las personas de que sus emociones reflejan como son las cosas. Creer que lo que se siente emocionalmente es cierto necesariamente. Afirmaciones de “debería”, “tengo que”: son creencias rígidas e inflexibles acerca de cómo debería ser uno o los demás. Las exigencias centradas en uno mismo favorecen la autocrítica, mientras que las dirigidas hacia los demás favorecen la rabia, la ira y la agresividad. Inferencia arbitraria: consiste en dar por hecho determinadas suposiciones, aunque no exista evidencia por ello. Adivinación del pensamiento: Creer saber lo que piensan los demás y por qué se comportan de la forma que lo hacen. “Lo que quiere es ponerme nervioso”, “Lo que quiere es reírse de mí”, “Siente pena por mí” o “ella está contigo por tu dinero”. Adivinación del futuro: Esperar que las cosas salgan mal, sin permitirse la posibilidad de que sean neutras o positivas. “Voy a suspender”.

Etiquetación: «Etiquetas» peyorativas para describirse a uno mismo, en lugar de describir los hechos o cualidades con exactitud también es otra forma errónea de pensamiento.

Catastrofismo: Se da lugar cuando se evalúa una situación con el peor resultado posible, tanto de lo vivido como de lo futuro.

Leer la mente: Cuando una persona cree que otra está pensando negativamente en ella sin evidencia de ello, interpreta sentimientos o intenciones de los demás, el mecanismo hace que se asignen a los demás sentimientos, opiniones o motivaciones propias, como si los demás fueran similares a uno mismo

Perfeccionismo. Cuando se realiza un esfuerzo constante porque una representación interna o externa de perfección se cumpla sin examinar si es razonable, muchas veces por evitar una experiencia subjetiva de fracaso.

Falacia de control: O bien la persona se cree responsable de todo lo que pasa a su alrededor o no puede hacer absolutamente nada para cambiar sus circunstancias.

Falacia de justicia: Consiste en valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Una persona que suspende un examen y sin evidencia piensa

Falacia de cambio: Se basa en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta.