



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2024-2025



Trabajo Fin de Máster

Estudio de Caso Único en Familiar de Persona con Daño Cerebral Adquirido con Trastorno Depresivo Mayor

Autor: Joaquín N. Álvarez Soria

Tutora: Beatriz Bonete López

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.BVBL.JNAS.240616

Convocatoria: Febrero 2025

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
MÉTODO.....	11
Participante.....	11
Evaluación.....	14
Análisis de las Conductas-Problema y Formulación Clínica del Caso.....	18
Intervención. Elección, objetivos y aplicación.....	21
Aspectos Éticos.....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	41
Anexo A.....	41
Anexo B.....	42
Anexo C.....	43
Anexo D.....	49
Anexo E.....	51

RESUMEN

En este trabajo, se presenta el caso de una mujer que presenta Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y es cuidadora de su marido con Daño Cerebral Adquirido (DCA). El TDM es una patología muy prevalente y afecta a la calidad de vida de las personas. Los cuidadores de personas con DCA son especialmente vulnerables. Se utilizó el enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con aspectos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se tuvieron en cuenta como variables: depresión, ansiedad, bienestar psicológico, satisfacción con la vida y autoestima. Se evaluaron mediante entrevistas, autorregistros y autoinformes. Se diseñó una intervención de 10 sesiones (la última fue un seguimiento tras 10 semanas), realizadas de manera semanal en las primeras seis sesiones y bisemanal en las tres posteriores, con una duración de 60-90 minutos. Se marcó como objetivo general demostrar la eficacia del tratamiento para el TDM. Como objetivos específicos se marcaron: reducir el nivel de depresión; mantener o reducir el nivel de ansiedad; mantener o aumentar el bienestar psicológico; aumentar el nivel de satisfacción con la vida; y mantener o aumentar el nivel de autoestima. La intervención consiguió alcanzar la mayoría de objetivos, logrando reducir la depresión y la ansiedad, mejorar el bienestar psicológico y mantener la autoestima. Sin embargo, no se alcanzó un aumento en la satisfacción vital, atribuible a desafíos familiares complejos. En conclusión, la intervención basada en TCC y ACT demostró su eficacia. Como líneas de trabajo futuras, sería importante implementar programas multidisciplinarios para personas con DCA y sus familiares.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Cuidadora, Daño Cerebral Adquirido (DCA), Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

ABSTRACT

This study presents the case of a woman diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD) who is a caregiver for her husband with Acquired Brain Injury (ABI). MDD is a highly prevalent condition that significantly impacts quality of life. Caregivers of individuals with ABI are particularly vulnerable. A Cognitive Behavioral Therapy (CBT) approach, incorporating elements of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), was used. Variables considered included depression, anxiety, psychological well-being, life satisfaction, and self-esteem, assessed through interviews, self-monitoring, and self-report measures. An intervention of 10 sessions was designed (the last was a follow-up after 10 weeks), carried out weekly in the first six sessions and biweekly in the following three, with a duration of 60-90 minutes. The general objective was to demonstrate the treatment's efficacy for MDD. Specific objectives included reducing depression, maintaining or reducing anxiety, maintaining or increasing psychological well-being, increasing life satisfaction, and maintaining or increasing self-esteem. The intervention achieved most objectives, successfully reducing depression and anxiety, improving psychological well-being, and maintaining self-esteem. However, an increase in life satisfaction was not achieved, likely due to complex family challenges. In conclusion, the intervention based on CBT and ACT proved effective. Future efforts should focus on implementing multidisciplinary programs to address both individuals with ABI and their families comprehensively.

KEY WORDS: Depression, Caregiver, Acquired Brain Injury (ABI), Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es uno de los trastornos psicológicos más comunes en todo el mundo. Más de 280 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) y el Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). Se estima que el 3,8% de la población mundial padece depresión, incluido el 5% de los adultos (4% de hombres y 6% de mujeres). Este trastorno tiene un impacto significativo en la calidad de vida del individuo en términos de salud mental, social, laboral y familiar. Por ello, el TDM es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Su prevalencia varía según datos sociodemográficos, tales como edad, género y lugar de residencia. Por ejemplo, las mujeres tienen el doble de probabilidades de experimentar una depresión en comparación con los hombres, probablemente debido a factores biológicos, hormonales y psicosociales (Albert, 2015; OMS, 2023). Además, cuando una persona enfrenta una situación traumática o de estrés prolongado, como la muerte de un ser querido, los problemas financieros o el cuidado de un familiar, el riesgo de padecer TDM aumenta significativamente (OMS, 2023).

Desde una perspectiva neurobiológica, el TDM está relacionado con cambios en los circuitos cerebrales que involucran al procesamiento de recompensas, la respuesta al estrés y la regulación del estado de ánimo (Drysdale et al., 2017). Es común la comorbilidad con enfermedades, tales como patologías cardíacas (Hare et al., 2014; Vaccarino et al., 2020). En cuanto al diagnóstico, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) ofrece un listado de criterios diagnósticos a comprobar para ello, que se puede ver detalladamente en el Anexo A.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que el TDM se puede agravar cuando la persona afectada enfrenta situaciones de estrés constante, como cuidar a un familiar con una enfermedad o discapacidad grave. Las demandas físicas, emocionales y sociales del cuidador pueden causar o empeorar los síntomas depresivos (Adelman et al., 2014; Carreño Moreno et al., 2024), siendo las mujeres las que sufren peores consecuencias físicas y psicológicas (Cejalvo et al., 2021; Adelman et al., 2014). El cuidado de una persona con Daño Cerebral Adquirido (DCA) es un ejemplo relevante de esto. No obstante, existen factores internos (nivel adecuado de autoestima o resiliencia) y externos (red de apoyo percibida como suficiente) que mitigan los efectos negativos del cuidado de una persona dependiente (Cejalvo et al., 2021; Van der Lee et al., 2014).

El DCA se define como cualquier lesión que ocurre en el cerebro después del nacimiento, y que no esté relacionada con factores congénitos o degenerativos (Federación Española de Daño Cerebral [FEDACE]; 2019). Las causas más comunes de aparición son: accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos (TCE) (como los que se producen en accidentes automovilísticos), infecciones, tumores cerebrales y anoxias (falta de oxígeno en el cerebro). Las personas con DCA pueden presentar una variedad de secuelas que van desde la pérdida o reducción de funciones físicas, como el control motor y el habla, hasta alteraciones cognitivas y emocionales, como dificultades en la memoria, el pensamiento crítico y la regulación emocional (FEDACE, 2019). El impacto del DCA en un paciente varía significativamente dependiendo de la extensión y localización del daño en el cerebro, así como de la atención médica recibida durante la fase aguda del evento. Sin embargo, las secuelas

suelen permanecer en muchos casos, y el paciente, en gran parte de estos, requerirá atención y apoyo de un cuidador de manera indefinida (FEDACE, 2019). Aquí es donde el papel del cuidador familiar entra en juego. Esta persona, con frecuencia, debe asumir responsabilidades en la vida diaria del paciente, como asistencia en actividades básicas (comida, higiene o movilidad), administración de medicamentos y supervisión de actividades terapéuticas.

El cuidador principal de una persona con DCA, que generalmente suele ser un miembro cercano de la familia, enfrenta una serie de dificultades físicas y emocionales. Se ha documentado que los cuidadores familiares de personas con DCA reportan niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión (Juengst et al., 2022; Kreutzer et al., 2009; Rigby et al., 2009; Carnes y Quinn, 2005). Esto se debe en parte a la carga física y el tiempo dedicado al cuidado diario, así como a los cambios en las dinámicas familiares y en la vida personal y profesional del cuidador (Bayen et al., 2013; Rigby et al., 2009; Pearlin et al., 1990).

Es habitual la existencia de “secuelas invisibles”, que son aquellas afectaciones cognitivas, emocionales y conductuales que no se manifiestan de manera evidente en el aspecto físico de una persona con DCA, pero que impactan profundamente su vida cotidiana y la de sus cuidadores, alterando cómo la persona se relaciona con los demás y afronta el día a día. Se engloban dentro de este tipo de secuelas alteraciones como: dificultades en memoria, atención, adquisición de nuevos conocimientos y/o habilidades, toma de decisiones y funciones ejecutivas; reducción en la velocidad de procesamiento; desinhibición; impulsividad; apatía; labilidad emocional; fatiga; y falta de conciencia de las secuelas o el alcance de las mismas (Bracho-Ponce et al., 2022). Las

secuelas invisibles se suelen relacionar también con un estigma social que provoca miedo e incomprensión hacia las personas con DCA, atribuyendo comportamientos relacionados con las secuelas a su personalidad y no al daño (Bracho-Ponce et al., 2022). En este contexto, el cuidador experimenta con frecuencia un "duelo ambiguo", porque, aunque la persona con DCA sigue presente físicamente, las capacidades cognitivas y emocionales pueden estar significativamente alteradas, lo que afecta a la relación con la persona a su cargo (Boss, 2010; Boss, 2016). Además, el hecho de que algunas secuelas no sean identificables fácilmente por una persona externa al núcleo cercano, puede provocar una falta de apoyo por parte de la red social de la persona afectada y el cuidador, pudiendo provocar un sentimiento de incomprensión en ellos.

Asimismo, muchas veces el cuidador no tiene una formación profesional en salud y debe aprender sobre la marcha a cómo manejar una condición médica grave (Hall et al., 2019; Adelman et al., 2014; Pearlin et al., 1990). Esto puede generar un sentimiento de incompetencia y desesperanza, aumentando así los síntomas depresivos (Van der Lee et al., 2014; Pearlin et al., 1990). Además, las expectativas sociales y familiares pueden generar una presión adicional sobre el cuidador, quien puede sentir que no está haciendo lo suficiente. Esto, sumado a un posible aislamiento social por la falta de una red de apoyo, puede provocar que el cuidador sienta soledad (Adelman et al., 2014; Bevans y Sternberg, 2012; Brodaty y Donkin, 2009). Por otro lado, el autocuidado del propio cuidador a menudo pasa a un segundo plano, lo que aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud mental y física (Eden y Schulz, 2016). También es necesario recalcar que la situación financiera de una familia con una persona a su cargo se puede ver gravemente afectada, lo que afectará al nivel de

ansiedad y depresión del cuidador (Adelman et al., 2014; Van der Lee et al., 2014; Brodaty y Donkin, 2009; Pearlin et al., 1990).

Investigaciones sugieren que la atención médica y psicológica del cuidador es esencial para mitigar estos efectos. Los cuidadores con apoyo social adecuado, acceso a intervenciones psicológicas, y tiempo para el autocuidado tienen menos probabilidades de desarrollar TDM y, por ende, están mejor equipados para manejar las demandas del cuidado prolongado (Adelman et al., 2014). Programas de intervención centrados en el manejo del estrés, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual (TCC) han demostrado ser eficaces para reducir los síntomas depresivos en población general (Sverre et al., 2023), y específicamente en cuidadores familiares (Adelman et al., 2014; Sörensen et al., 2002).

El modelo cognitivo-conductual (Beck, 2011) es una forma de terapia psicológica que se centra en la relación entre los pensamientos, las emociones y los comportamientos. Se basa en la idea de que los pensamientos negativos automáticos y las creencias disfuncionales influyen en las emociones y los comportamientos depresivos. El objetivo de la TCC es identificar y modificar estos patrones de pensamiento y comportamiento para mejorar el estado de ánimo y el funcionamiento del paciente. A continuación, se describen algunos aspectos clave del modelo:

- **Cogniciones:** Pensamientos, creencias y actitudes que una persona tiene sobre sí misma, los demás y el mundo. En la depresión, estas cogniciones suelen ser negativas y distorsionadas.

- Emociones: Respuestas afectivas que resultan de las cogniciones. Por ejemplo, una cuidadora puede sentirse triste o ansiosa debido a pensamientos negativos sobre su situación.
- Comportamientos: Acciones que la persona toma en respuesta a sus pensamientos y emociones. Los comportamientos pueden incluir el aislamiento social o la falta de autocuidado, lo que puede perpetuar la depresión.

Una de las terapias de nueva generación incluida en la rama cognitivo-conductual es la terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés) (Hayes, 2004). Esta intervención ha demostrado su eficacia para el tratamiento de la depresión leve en adultos (Bai et al., 2020). Se centra en la aceptación de emociones difíciles y la identificación de valores personales (Hayes et al., 2012). A través de este enfoque, los individuos aprenden a conectar con lo que realmente les importa en la vida, lo que puede aumentar la satisfacción vital. Además, la clarificación de valores permite a las personas tomar decisiones que están alineadas con sus aspiraciones y deseos más profundos, lo que les ayuda a superar la inercia que a menudo acompaña a la depresión. Un componente clave es la defusión cognitiva, que implica observar los pensamientos sin dejarse llevar por ellos. Este proceso ayuda a las personas a distanciarse de sus pensamientos negativos, reconociéndolos como meras palabras en lugar de verdades absolutas. Al practicar la defusión, se puede reducir el impacto que estos pensamientos tienen sobre el estado emocional, facilitando una mayor apertura a la experiencia presente y fomentando acciones coherentes con sus valores (Hayes et al., 2012). Así, no solo se abordan los síntomas de la depresión, sino

que también se promueve un enfoque proactivo hacia una vida más plena y significativa.

Asimismo, existen otros tratamientos psicológicos que han demostrado tener un respaldo científico, como la terapia interpersonal (TIP) desarrollada por Klerman et al. (1984). Es un enfoque psicoterapéutico estructurado, basado en la evidencia y eficaz (Cuijpers et al., 2011) para la depresión. Se centra en los problemas y relaciones interpersonales de la persona como una forma de abordar los síntomas depresivos. La idea central de la TIP es que los problemas en las relaciones interpersonales o cambios en la vida (como la pérdida de un ser querido, conflictos en relaciones importantes, o cambios significativos en los roles de vida) pueden ser desencadenantes o factores contribuyentes de la depresión. Al mejorar las habilidades interpersonales y resolver estos problemas, se espera que los síntomas disminuyan. Los objetivos que se esperan alcanzar son: identificar las áreas problemáticas en las relaciones personales; mejorar la comunicación interpersonal, el manejo de conflictos y las habilidades sociales; ayudar a adaptarse a cambios en la vida de la persona; y disminuir el aislamiento social y aumentar el apoyo social. De acuerdo con Lemmens et al. (2015), no se han encontrado diferencias en la eficacia entre la TCC y la TIP. Sin embargo, es importante recalcar que ambos tratamientos requieren del compromiso de la persona para alcanzar y/o maximizar los resultados, lo que puede resultar complicado de conseguir en participantes menos motivados para acudir al tratamiento y/o para realizar las tareas que se le plantean.

En cuanto al tratamiento farmacológico, es común la utilización de antidepresivos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), aunque

también son usados en menor medida antidepresivos IRSN (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina), antidepresivos tricíclicos (ATC), inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y antipsicóticos atípicos. Este conjunto de medicamentos han demostrado su efectividad (Cipriani et al., 2018). Sin embargo, la presencia de posibles efectos secundarios resulta en que la terapia psicológica sea recomendada como el tratamiento de primera línea para la depresión leve a moderada (National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

Por todo lo comentado anteriormente, sería de gran importancia incorporar un enfoque integral para el tratamiento del TDM en cuidadores de personas con DCA, que contemple no solo el bienestar de la persona con DCA, sino también el apoyo psicosocial y terapéutico necesario para los cuidadores familiares. La razón es que, como se ha explicado previamente, el contexto de una persona cuidadora de un usuario con DCA es de gran importancia. Es necesario un enfoque donde se tenga en cuenta su contexto social y su red de apoyo, dotando a la persona con herramientas que pueda utilizar en el futuro para poder mantener un sentimiento de bienestar adecuado.

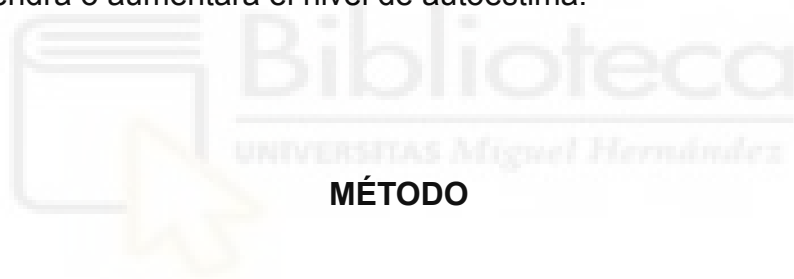
Teniendo en cuenta todo lo anterior, este estudio de caso único tiene como objetivo general demostrar la eficacia del tratamiento en una persona con TDM y familiar de una persona con DCA. Los objetivos específicos que se presentan en este caso son:

1. Reducir el nivel de depresión.
2. Mantener o reducir el nivel de ansiedad.

3. Mantener o aumentar el bienestar psicológico.
4. Aumentar el nivel de satisfacción con la vida.
5. Mantener o aumentar el nivel de autoestima.

A su vez, se espera como hipótesis general, que en el caso en cuestión, el TDM remita. Las hipótesis específicas son que:

1. Se reducirá el nivel de depresión.
2. Se mantendrá o reducirá el nivel de ansiedad.
3. Se mantendrá o aumentará el bienestar psicológico.
4. Aumentará el nivel de satisfacción con la vida.
5. Se mantendrá o aumentará el nivel de autoestima.



MÉTODO

Participante

La participante (a partir de ahora S.) es una mujer de 40 años. Trabaja en el sector sanitario y vive en una localidad cercana a la ciudad de Alicante. Actualmente, dispone de una reducción de jornada por el cuidado de sus dos hijos menores de edad que acuden al colegio. Está casada con un hombre que sufrió un TCE hace cuatro años que le provocó un DCA. Tras esto, dejó de trabajar y actualmente, tiene una incapacidad laboral. Presenta dificultades en el área de memoria, atención y funciones ejecutivas, tales como planificación y organización. Se puede encontrar la anamnesis con la información más importante resumida en el Anexo B.

Desde que el marido de S. tiene el DCA, empezaron los problemas económicos, dado que por motivos legales (de momento están en trámites judiciales) el marido no recibe compensación económica por su anterior puesto de trabajo. Los padres de S. son muy mayores y su madre tiene demencia. Tiene dos hermanas mayores, que viven en el mismo pueblo que ella, y de las que dice que “están cuando tienen que estar, para lo importante”. Sus suegros viven en otra provincia y su suegro tiene DCA, por lo que su suegra tiene el rol de cuidadora de su marido. La relación del marido de S. y el padre de él no es muy buena desde el DCA. En las vacaciones, S. y su familia se van a casa de sus suegros, donde se siente apoyada y más tranquila, pero no puede pasar largos periodos de tiempo fuera por su trabajo y por la relación de su marido con sus padres. En cuanto a la relación con sus hijos, es muy buena y comenta que “son lo más importante” en su vida. No obstante, su hijo mayor desde muy pequeño, tuvo problemas en el control de los esfínteres, siendo diagnosticado con “encopresis”, que es el trastorno de la defecación caracterizado por la pérdida involuntaria de heces (APA, 2013). Recibió asistencia médica y estuvo acudiendo a un centro psicológico especializado en población infanto-juvenil para ser tratado, donde tras un tiempo, le dieron el alta. Sin embargo, el hijo menor, desde que tuvo un episodio grave de estreñimiento, ha empezado a presentar episodios de encopresis. Está siendo también tratado, pero esto genera mucho malestar en S. Por otro lado, aunque su situación laboral es estable y dice gustarle su trabajo, debido a algún conflicto con algún compañero, ha tomado la decisión de empezar a estudiar un grado superior semipresencial para poder cambiar de puesto en un futuro.

Desde que su marido tiene un DCA, S. refiere sentirse decaída y triste, y desde hace dos años acuden a un centro de una asociación para personas con DCA, donde le realizaron una evaluación neuropsicológica a él, aunque no acude a sesiones con ningún profesional. Ella refiere sentir esta asociación como un “faro” que “encauza” su camino, debido a que ha recibido mucha información y apoyo desde ahí. S. acude de manera mensual a un grupo de ayuda para familiares con DCA dirigido por una neuropsicóloga, que fue la persona que derivó el caso. Al inicio de la intervención, S. refería sentirse de mal humor e irritable con asiduidad, y estar especialmente preocupada por el número de veces que le sucedía cuando estaba con sus hijos. Se pudo observar que presentaba un llanto intenso cuando hablaba de ello, teniendo un discurso muy acelerado. Expresaba sentirse triste habitualmente, tener pensamientos pesimistas y pérdida de placer cuando realizaba actividades agradables. Comentaba no tener la misma confianza en sí misma que tenía antes, sentirse más cansada y tener dificultades a la hora de concentrarse. Refería que su ritmo de sueño estaba bastante alterado, durmiendo más de lo normal. Su apetito había incrementado levemente y su alimentación había empeorado. En algunas ocasiones, ha tenido pensamientos suicidas. Durante la intervención, S. reconoció sentirse muy preocupada por su situación económica. Se pudo observar unos niveles de autoexigencia bastante elevados, intentando tener muchas situaciones “bajo control” y guardarse sus problemas, según comenta. Expresa querer encontrar “orden” en su vida, dejando la burocracia y problemas legales atrás e incorporando rutinas. En cuanto a sintomatología ansiosa, no parecía presentar ninguna alteración evidente. Solo se pudo observar un discurso acelerado, aunque comenta que siempre ha sido “habladora”.

Evaluación

Las variables que se tuvieron en cuenta en el caso de S. son la depresión, la ansiedad, el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y la autoestima. Las herramientas que se utilizaron para la evaluación fueron: una entrevista semiestructurada, un autorregistro para poder recoger las situaciones desencadenantes de gran malestar y autoinformes.

La entrevista semiestructurada fue una herramienta crucial para recoger información sociodemográfica, como edad, profesión, número de hijos, población donde vive, etc., e información de la situación actual de S. con relación al motivo de consulta. Los autorregistros se utilizaron con la idea de que S. pudiera recoger las situaciones disparadoras de malestar para así poder evaluarlas y trabajar con ellas. La mayoría de ellas se relacionan con actitudes desajustadas de sus hijos, con la sensación de falta de control en ciertas ocasiones y con aspectos burocráticos. Se recogió la fecha, hora, situación disparadora, pensamientos, emociones y sentimientos, sensaciones fisiológicas, conductas y consecuencias. Los autoinformes fueron utilizados para medir las diferentes variables. A continuación, se encuentra una breve descripción de cada uno de ellos, mientras que en la Tabla 1, se detalla la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach (con puntuaciones entre 0,70 y 0,93):

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) realizado por Beck et al. (1996) en su versión española (Sanz et al., 2003). Evalúa la presencia y gravedad de la depresión a través de 21 ítems que recogen los criterios para el diagnóstico de

los trastornos depresivos. Es utilizado para medir la variable “depresión”. La puntuación que obtuvo S. fue de 16, lo que indica un estado depresivo leve.

- Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) realizado por Spielberger et al. (1982). Evalúa la ansiedad rasgo y ansiedad estado a través de 40 ítems distribuidos en dos escalas con formato de respuesta tipo Likert con cuatro respuestas posibles. Es utilizado para medir la variable “ansiedad”. Los resultados obtenidos por S. fueron de un percentil 50 para la ansiedad estado y de un percentil 65 para la ansiedad rasgo.
- Escalas de Bienestar Psicológico (EBP) de Ryff (1989) en su versión reducida en español (Díaz et al., 2006) realizada desde la versión de Van Dierendonck (2004). Consta de 29 ítems con un formato tipo Likert con seis respuestas posibles repartidos en seis subescalas diferentes: Autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Son utilizadas para medir la variable “bienestar psicológico” con la puntuación total y la variable “satisfacción con la vida” con la subescala “propósito en la vida”. Las puntuaciones obtenidas por S. fueron: autoaceptación = 15, relaciones positivas = 22, autonomía = 27, dominio del entorno = 19, crecimiento personal = 20, propósito de vida = 19 y una puntuación total = 122. Las únicas puntuaciones que se podrían considerar bajas, teniendo en cuenta la media y desviación típica (Chitgian-Urzúa et al., 2013), serían las dadas para autoaceptación y propósito de vida. El resto de puntuaciones se consideran cercanas a la media.

- Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al. (1985) en su versión en español (Atienza et al., 2000). Consta de cinco ítems con un formato tipo Likert con cinco respuestas posibles que miden el nivel de conformidad global y subjetiva que tiene una persona de su propia vida. Es utilizada para medir la variable “satisfacción con la vida”. La puntuación que obtuvo S. fue de 12, que se relaciona con un nivel significativo de insatisfacción con su vida.
- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) de Rosenberg (1965) en su versión en español (Rosenberg, 1973). Consta de 10 ítems con un formato tipo Likert con cuatro respuestas posibles que miden el nivel de autoestima de una persona. El intervalo de las puntuaciones es de 0 a 30. Es utilizada para medir la variable “autoestima”. La puntuación que obtuvo S. fue de 26, lo que se relaciona con un nivel de autoestima alto.

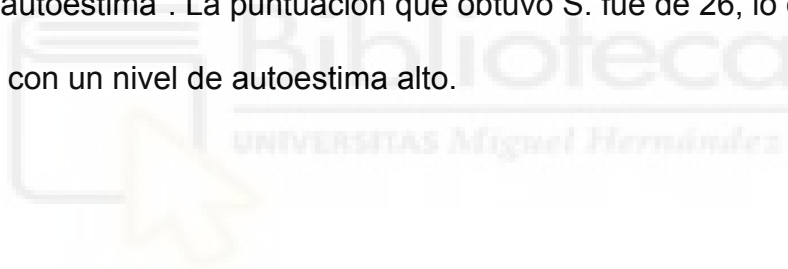


Tabla 1*Consistencia Interna de los Autoinformes*

Autoinformes		Alfa de Cronbach
Inventario de Depresión (BDI-II)		0,87 ^a
Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)		0,93 ^b
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBP)	Autoaceptación	0,84 ^c
	Relaciones Positivas	0,78 ^c
	Autonomía	0,70 ^c
	Dominio del Entorno	0,82 ^c
	Crecimiento Personal	0,71 ^c
	Propósito en la Vida	0,70 ^c
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)		0,79 - 0,89 ^d
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)		0,87 ^e

Nota. ^aSanz et al., 2003. ^bFonseca-Pedrero et al., 2012. ^cDíaz et al., 2006. ^dAtienza et al., 2000. ^eVázquez-Morejón et al., 2004.

Análisis de las Conductas-Problema y Formulación Clínica del Caso

El DCA que presenta el marido de S. provocó una alteración sustancial en el entorno y dinámicas familiares. El cambio de comportamientos y personalidad, y el nivel de dependencia que presenta su marido hacen que S. haya tenido que intentar adaptarse a convivir con una persona “diferente” y que en estos momentos tenga muchas más responsabilidades que antes del accidente. Los procesos legales son constantes y su situación económica empeoró considerablemente debido a la falta de ayudas. Su red de apoyo también se ha visto mermada, dado que sus suegros y padres atraviesan problemas de salud que los incapacitan en cierta medida. Todas estas variables han sido consideradas como factores de predisposición socioambiental, siendo el DCA de su marido y sus consecuencias directas e indirectas los factores desencadenantes principales.

Por otra parte, el nivel de autoexigencia y la elevada necesidad de tener bajo control las situaciones son factores desencadenantes y mantenedores del problema. Estas variables provocan que, cuando una situación no se desarrolla como S. esperaba, los niveles de frustración y angustia aumenten, lo que a largo plazo, provocan sentimientos de desesperanza e insatisfacción con su proyecto vital. Un ejemplo de esto sería cuando intentó hacer la preinscripción para el grado superior. Debido a un error, realizó la preinscripción para el formato presencial en lugar de semipresencial. En un principio, parecía ser que no iba a poder solucionarlo, lo que le provocaba pensamientos como “un año perdido” y sentimientos muy fuertes de rabia, inutilidad y decepción, lo que a su vez hacía que su estado anímico empeorara considerablemente durante un tiempo. Otro ejemplo sería cuando su hijo presenta

episodios de encopresis, ya que le surgían pensamientos como “no sé ya cómo afrontar el problema”, “me supera”, “¿hasta cuándo va a durar esto?” y “¿qué ha pasado para que cambiase si todo iba rodado?”. Esto le provoca sentimientos de tristeza, asco y cansancio, y una activación muy elevada, que a su vez, probablemente sean factores mantenedores en el problema de encopresis, ya que puede generar nerviosismo y sentimientos de culpa en su hijo. Asimismo, cuando las situaciones están bajo control, esto se traduce en un sentimiento de alegría y tranquilidad en S., lo que sería un refuerzo positivo en el mantenimiento de la actitud autoexigente.

El esquema de proyecto vital de S. estaba centrado casi en exclusividad en sus hijos. Esto provocaba que cuando se daba una situación conflictiva entre ellos, su malestar aumentase drásticamente. A su vez, el focalizar tanto la atención en sus hijos provocaba que dedicase mucho tiempo a pensar en situaciones conflictivas que no son de rápida solución. Eso aumentaba el nivel de malestar y ansiedad. Todo esto puede repercutir directa e indirectamente en sus hijos, lo que puede empeorar situaciones como la encopresis. La relación con su marido ha empeorado significativamente desde el DCA, discutiendo por los problemas económicos y actitudes impulsivas de él. A su vez, ella lo compara habitualmente con un “niño”, dado que piensa que desde el DCA su cerebro se ha vuelto más básico y tiene comportamientos infantiles. S. insistió a su marido para que acuda a sesiones de neuropsicología, pero él se negó. Al mismo tiempo, la falta de realización de actividades placenteras, debido a la falta de importancia que tenía esto para ella, puede que aumentara de igual manera el sentimiento de malestar y la sintomatología depresiva. Todo esto le provoca un sufrimiento que le deriva a tener de manera ocasional pensamientos suicidas.

Otro factor a tener en cuenta era la presencia de fallos en el análisis de las posibles consecuencias. Un ejemplo de esto sería cuando su hijo mayor sufrió una herida y lo tuvieron que llevar al hospital. S. decidió quedarse en casa con su hijo menor mientras su marido acompañaba al mayor. En el hospital, tuvieron que proceder con una breve operación para suturar la herida. Al enterarse de que lo tuvieron que operar, S. sintió arrepentimiento, culpa y miedo al reproche, debido a los pensamientos de que había actuado como “una mala madre”. Esto provocó que no pudiera dejar “de darle vueltas a la cabeza” y no pudiera concentrarse en otras cosas durante varios días. Tras tratar este tema en sesión, decidió hablarlo con su hijo, que expresó haberse sentido acompañado y no tener ningún resentimiento en este aspecto. Los pensamientos rumiativos dados por un fallo en el análisis de las consecuencias son mantenedores de los sentimientos de tristeza y sintomatología depresiva.

Con toda esta información y los criterios diagnósticos dados por la APA (2013), se puede considerar que S. presenta un TDM, dado que cumple desde hace más de dos semanas los siguientes criterios:

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi todos los días.
- 2) Pérdida de interés en las actividades que antes eran gratificantes.
- 4) Insomnio o hipersomnia.
- 6) Problemas de concentración y problemas para tomar decisiones.
- 8) Pensamientos suicidas.
- 10) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

En cuanto al diagnóstico diferencial, se contempló la posibilidad de que S. presentara un trastorno adaptativo (TA) con estado de ánimo deprimido o un trastorno depresivo persistente (TDP). No obstante, se descartó el TA debido a que cumplía con los criterios diagnósticos para el TDM. Aunque es posible que en un inicio comenzara como un TA y con el tiempo se desarrollara el TDM. A su vez, se descartó el TDP, ya que el curso de los síntomas es variado, no presentando un estado deprimido de manera continuada desde hace más de dos años, aunque el estresor principal (DCA de su marido) sí que se dé desde hace más de dos años.

Intervención. Elección, objetivos y aplicación

La elección para el enfoque a utilizar para el tratamiento de S. ha sido la TCC, debido a su constatada eficacia para el tratamiento de trastornos depresivos en personas cuidadoras (Sverre et al., 2023; Adelman et al., 2014; Sörensen et al., 2002). Además, se han utilizado ciertas actividades basadas en la ACT por su eficacia en el tratamiento de depresión leve en adultos (Bai et al., 2020). No obstante, se ha tenido en cuenta el enfoque de la TIP a la hora de formular el caso, ya que se ha considerado el DCA del marido de S. y sus consecuencias (como el cambio de roles en la familia) como factores desencadenantes principales, además de por ser considerada como una terapia efectiva para el tratamiento de la depresión (Lemmens et al., 2015; Cuijpers et al., 2011).

El objetivo principal que se marcó con S. fue reducir la sintomatología depresiva. Los objetivos secundarios que se marcaron fueron:

- Incorporar pautas y herramientas que fomenten la organización.
- Mejorar la relación y comunicación con sus hijos.
- Aumentar la satisfacción vital.

Se diseñó por lo tanto una intervención de 10 sesiones, siendo la última una sesión de seguimiento. Fueron realizadas de manera semanal en las primeras seis sesiones, bisemanal en las tres posteriores, y tras 10 semanas en el caso del seguimiento. La primera de ellas fue la entrevista y evaluación. Entre la sexta y séptima sesión hubo un lapso de un mes en el que se pausó la intervención por circunstancias personales de S., por lo que se decidió pasar nuevamente los cuestionarios para poder medir el progreso hasta ese momento. La duración de las sesiones fue de una hora, exceptuando la primera y penúltima sesión que tuvieron una duración de hora y media. En la Tabla 2, se puede observar una breve descripción y los objetivos de cada sesión, mientras que se puede encontrar una descripción más detallada de las sesiones en el Anexo C.

Tabla 2*Esquema de las Sesiones de la Intervención*

Nº de Sesión	Descripción	Objetivos de la sesión
1	Entrevista inicial y pase de cuestionarios de evaluación.	Establecer rapport y evaluación.
2	Resultados de los cuestionarios e introducción al autorregistro.	Establecer objetivos y rapport. Explicar la relación entre pensamientos, conductas, emociones y estado fisiológico.
3	Exploración de las dinámicas familiares. Ejercicio de defusión cognitiva. Técnica de relajación diafragmática.	Explicar la defusión cognitiva. Informar sobre las desventajas de focalizarse en exceso en los problemas. Introducir técnicas de relajación.
4	Pautas y herramientas de organización y para el fomento de la rutina familiar.	Incorporar pautas y herramientas que se puedan utilizar en la organización y rutinas familiares.
5	Psicoeducación emocional. Pautas y herramientas de organización. Activación conductual.	Informar sobre las funciones de las emociones. Introducir y fomentar actividades placenteras. Revisar la utilización de pautas y herramientas para la organización.
6	Discusión sobre el progreso de la intervención y pase de los cuestionarios de evaluación.	Fomentar la identificación y cambio de pensamientos distorsionados. Medir el progreso y ajustar los objetivos a trabajar. Evaluación.

7	Reestructuración cognitiva. Lista de “qué es importante en mi vida”.	Fomentar la identificación y cambio de pensamientos distorsionados. Identificación de valores.
8	Reestructuración cognitiva. Ejercicio de los círculos de valores.	Fomentar la identificación y cambio de pensamientos distorsionados. Identificación de valores.
9	Prevención de recaídas. Pase de cuestionarios y evaluación global del proceso terapéutico. Cierre de la intervención.	Consolidar aprendizajes para poder manejar posibles recaídas y mantener el progreso. Evaluar el avance general.
10	Seguimiento. Pase de cuestionarios y evaluación de la situación tras la intervención.	Valorar la situación de la participante. Evaluar la efectividad de la intervención a largo plazo.

Aspectos Éticos

Esta intervención ha sido aprobada por el comité de ética de la Universidad Miguel Hernández de Elche, tras la presentación telemática de la propuesta para su evaluación y aprobación (la autorización aparece en el Anexo D). Todos los datos de la participante han sido anonimizados, garantizando que no haya posibilidad de que su información personal sea expuesta públicamente. Únicamente se incluye una copia del documento firmado por la paciente sin ningún dato personal que pudiera permitir identificarla (Anexo E). La persona acude a una asociación para personas con DCA, donde se le propone participar en el presente trabajo fin de máster.

Dado el contexto descrito anteriormente (tanto la intervención como las características de la paciente), este trabajo corresponde a un diseño de caso único, ya que la única persona intervenida es la solicitante de ayuda profesional.

RESULTADOS

Tras la intervención, se pasó a analizar los resultados de la intervención. S. comentó que tras la intervención se siente “mejor” y “más fuerte”, y se siente satisfecha con los objetivos alcanzados. En cuanto a los resultados de los autoinformes, se tuvieron en cuenta los datos pre-test y post-test, incluyendo la evaluación en la sesión 6 y en la sesión 10 de seguimiento. Se pueden observar detenidamente en la Tabla 3.

Respecto a la variable “depresión”, se puede observar una fuerte disminución desde la evaluación durante la intervención, pasando de una puntuación de 16 (que correlaciona con un estado depresivo leve) a una puntuación de 3 (que correlaciona con la ausencia de depresión) en la sesión 6 y 9. En la sesión de seguimiento, obtuvo una puntuación de 0.

La variable “ansiedad” también presentó una fuerte disminución, pasando de una puntuación de 20 a puntuaciones de 12 , 11 y 8 en ansiedad estado en la evaluación durante la intervención, post-test y de seguimiento respectivamente. En cuanto a la ansiedad rasgo, también se redujo de una puntuación de 29 a puntuaciones de 17 en la evaluación durante la intervención y 13 en la pos-test y de seguimiento.

Tabla 3*Resultados de las Evaluaciones*

Autoinformes		Pre-Test (Sesión 1)	Durante Intervención (Sesión 6)	Post-Test (Sesión 9)	Seguimiento (Sesión 10)
Inventario de Depresión (BDI-II)		16	3	3	0
Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad (STAI)	Estado	20	12	11	8
	Percentil Estado	50	15	11	10
	Rasgo	29	17	13	13
	Percentil Rasgo	65	25	11	11
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBP)	Autoaceptación	15	16	17	19
	Relaciones Positivas	22	22	26	28
	Autonomía	27	28	27	30
	Dominio del Entorno	19	21	18	20
	Crecimiento Personal	20	22	24	24
	Propósito en la Vida	19	23	18	20
	TOTAL	122	132	130	141
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)		12	16	13	14
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)		26	25	25	29

La variable “bienestar psicológico” no presentó una evolución significativa, observando un leve aumento de una puntuación de 122 en la evaluación inicial a puntuaciones de 132, 130 y 141 en la evaluación durante la intervención, post-test y de seguimiento respectivamente. Estas son puntuaciones que se encuentran dentro de la normalidad.

La variable “satisfacción con la vida” no presentó variaciones significativas. En el SWLS, se obtuvieron puntuaciones de 12, 16, 13 y 14 en las evaluaciones pre-test, durante la intervención, post-test y de seguimiento respectivamente; mientras que en el EBP, se obtuvieron puntuaciones de 19, 23, 18 y 20. Por lo tanto, no hubo diferencias significativas, obteniendo resultados que correlacionan con una baja satisfacción vital.

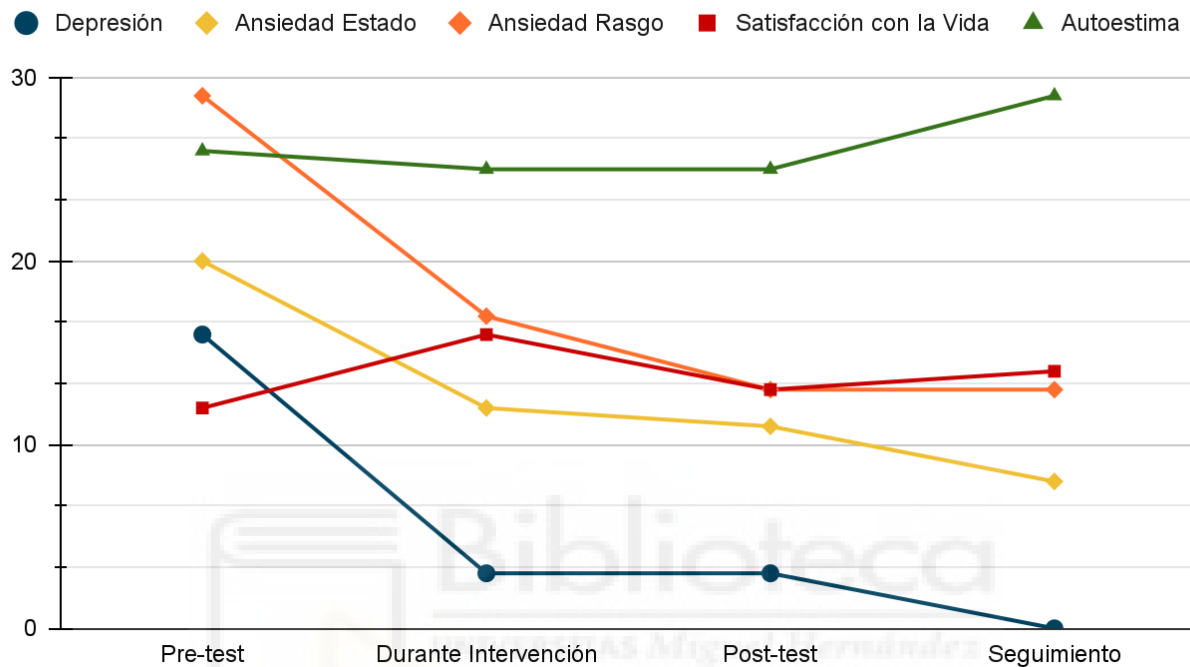
La variable “autoestima” tuvo puntuaciones muy similares en todas las evaluaciones, siendo 26 en la pre-test, 25 durante la intervención y post-test, y aumentando hasta 29 en el seguimiento. Estos resultados se correlacionan con un nivel alto de autoestima.

En la Figura 1, se puede observar más fácilmente la evolución negativa y consecuente mejoría de las variables “depresión” y “ansiedad”, a la vez que se puede ver como los niveles de “satisfacción con la vida” y “autoestima” se mantuvieron.

Por otro lado, resulta significativa la evolución de las puntuaciones de las subescalas “autoaceptación”, “relaciones positivas” y “crecimiento personal” del EBP, aumentando de puntuaciones de 15, 22 y 20 respectivamente en el pre-test, a puntuaciones de 19, 28 y 24 en el seguimiento.

Figura 1

Resultados de la evaluación del BDI-II, STAI-AE, STAI-AR, SWLS y RSE



DISCUSIÓN

A continuación, se pasará a analizar la verificación, tras la intervención, de las hipótesis específicas planteadas al inicio del trabajo:

1. Se reducirá el nivel de depresión. En el nivel de depresión, se ha podido constatar una reducción significativa, pasando de un estado depresivo leve a la ausencia de depresión. Por lo tanto, se ha cumplido la primera hipótesis.

2. Se mantendrá o reducirá el nivel de ansiedad. El nivel de ansiedad se ha reducido significativamente (tanto ansiedad estado como rasgo), pasando a puntuaciones por debajo de la media. Por lo tanto, se ha cumplido la segunda hipótesis.
3. Se mantendrá o aumentará el bienestar psicológico. El nivel de bienestar psicológico ha aumentado ligeramente. Por lo tanto, se ha cumplido la tercera hipótesis.
4. Aumentará el nivel de satisfacción con la vida. El nivel de satisfacción con la vida no tuvo variaciones significativas. Por lo tanto, no se ha cumplido la cuarta hipótesis.
5. Se mantendrá o aumentará el nivel de autoestima. Los niveles de autoestima se han mantenido tras la finalización de la intervención, aumentando ligeramente en la sesión de seguimiento. Por lo tanto, se ha cumplido la quinta hipótesis.

En cuanto a la hipótesis general, siendo esta la remisión del TDM, tras concluir la intervención S. no cumplía con los criterios diagnósticos para dicho trastorno. Por lo tanto, también se considera cumplida.

Respecto al objetivo principal que se marcó con S. durante la intervención, que fue “reducir la sintomatología depresiva”, se considera cumplido. S. verbaliza sentirse mucho más “tranquila” y “fuerte”. En cuanto a los objetivos secundarios, “incorporar pautas y herramientas que fomenten la organización” se considera cumplido, ya que tanto S. como su marido incorporaron las alarmas y calendarios en el móvil en su rutina. “Mejorar la relación y comunicación con sus hijos” se considera cumplido también, dado que S. verbaliza estar más tranquila con sus hijos y sentirse menos

irritada. Además, comentó en la sesión de seguimiento que los episodios de encopresis de su hijo menor han remitido. No obstante, “aumentar la satisfacción vital” no se puede considerar como cumplido, debido a que S. quiere cambiar aspectos de su vida que le preocupan, como su situación económica (están a la espera de resoluciones legales y S. ha aumentado las horas que trabaja en su acuerdo de reducción de jornada para aumentar así su salario). Asimismo, los resultados de los cuestionarios que miden esta variable muestran que tiene un nivel de satisfacción vital bajo.

Se ha comprobado que la mayoría de hipótesis se han confirmado, excepto la relacionada con la satisfacción vital. Esto puede ser debido a la necesidad de cambiar situaciones complejas en la vida de S. que requieren de un proceso prolongado y continuado que no depende únicamente de ella. A su vez, se localizó en sesión, qué considera “importante” S. en su vida. Sin embargo, por la imposibilidad de alargar la duración de la intervención, no se pudo seguir trabajando en esa línea, siendo esto una limitación. Podría haber sido pertinente enfocar ciertas actividades que pudiera realizar S. a aspectos que considera valiosos, y apoyar también la localización y comprensión de qué tareas realizaba S. en esos momentos que iban ya enfocadas de ese modo.

Con respecto a otras limitaciones, se pudo comprobar el compromiso por parte de S. con el tratamiento. No obstante, la falta de realización de algunas tareas para casa se podría considerar como una limitación. Además, el hecho de que su marido no estuviera acudiendo a sesiones neuropsicológicas añade una dificultad al caso, dado que ciertos aspectos deberían ser reforzados individualmente con él, como las técnicas de organización y planificación.

Asimismo, es interesante observar cómo dirigiendo principalmente una intervención a la depresión, se ha conseguido reducir considerablemente el nivel de ansiedad también. Esto sería una muestra que viene a demostrar la correlación directa de diferentes constructos psicológicos, tales como la depresión y ansiedad, ya que si se reduce uno, es probable que se reduzca el otro de un modo similar (Clark y Beck, 2010). Esto reforzaría las propuestas con un enfoque transdiagnóstico, que es una perspectiva que busca identificar y abordar los procesos psicológicos comunes que provocan y sustentan diferentes trastornos y problemáticas, en lugar de centrarse exclusivamente en los síntomas específicos de un único diagnóstico (González-Pando et al., 2018; Gutner et al., 2016; Harvey et al., 2011). Igualmente, es interesante remarcar la evolución ascendente de las puntuaciones de las subescalas “autoaceptación”, “relaciones positivas” y “crecimiento personal” del EBP, pudiendo demostrar que la intervención psicológica, en este caso, parece aumentar los niveles de estas dimensiones. Además, se pudo comprobar que los resultados se mantuvieron a largo plazo tras la intervención, gracias a la sesión y evaluación de seguimiento.

En cuanto a futuras investigaciones e intervenciones en esta línea, considero que las propuestas multidisciplinarias dirigidas a los pacientes con DCA y sus familias en conjunto es crucial. Esto es debido a que se puede conseguir una mejoría hasta cierto punto enfocándose específicamente en una persona, pero considero que con un enfoque integral se podría conseguir maximizar los resultados.

En conclusión, se ha comprobado que la utilización de técnicas de TCC y ACT son efectivas en el tratamiento del TDM en cuidadores de personas con DCA, pudiendo ser aplicado y adaptado este programa de intervención en casos similares en un futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S. y Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060.
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Albert P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 40(4), 219–221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2013). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 331-336.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S. y Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 260, 728-737.
- Bayen, E., Pradat-Diehl, P., Jourdan, C., Ghout, I., Bosserelle, V., Azerad, S., Weiss, J.J., Joël, M.E., Aegerter, P., Azouvi, P. y Miembros del Comité Directivo del Estudio PariS-TBI (2013). Predictors of informal care burden 1 year after a severe traumatic brain injury: results from the PariS-TBI study. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(6), 408-418.
[doi:10.1097/HTR.0b013e31825413cf](https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e31825413cf)

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Publications.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *Psychological assessment*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Bevans, M. y Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 307(4), 398–403. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.29>
- Boss, P. (2010). The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral psychology*, 59, 137-145. <https://doi.org/10.1007/s11089-009-0264-0>
- Boss, P. (2016). The context and process of theory development: The story of ambiguous loss. *Journal of Family Theory & Review*, 8(3), 269-286. <https://doi.org/10.1111/jftr.12152>
- Bracho-Ponce, M. J., Grasso-Cladera, A., Salas, C. y Lassaletta, A. (2022). 'I am not who you think I am': public stigma and invisible brain injury ('No soy quien creen que soy': estigma público y daño cerebral invisible). *Studies in Psychology*, 43(1), 35-54. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.2006947>
- Brodaty, H. y Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>

- Carnes, S. L. y Quinn, W. H. (2005). Family Adaptation to Brain Injury: Coping and Psychological Distress. *Families, Systems, & Health*, 23(2), 186.
<https://doi.org/10.1037/1091-7527.23.2.186>
- Carreño Moreno, S., Pacheco López, M. y Arias Rojas, M. (2024). Adopción del rol, ansiedad, depresión y soledad en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, e4140.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6926.4139>
- Cejalvo, E., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C. y Aguirre-Morales, M. T. (2021). Caregiving role and psychosocial and individual factors: A systematic review. *Healthcare*, 9(12), 1690. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121690>
- Chitgian-Urzúa, V., Urzúa M., A. y Vera-Villarroel, P. (2013). Análisis preliminar de las escalas de bienestar psicológico en población chilena. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXII(1), 5-14. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281930494002>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H.G., Turner, E.H., Higgins, J.P.T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J.P.A. y Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357-1366.
[doi:10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7).

- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences*, 14(9), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C. y van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Drysdale, A. T., Grosenick, L., Downar, J., Dunlop, K., Mansouri, F., Meng, Y., Fetcho, R. N., Zebley, B., Oathes, D. J., Etkin, A., Schatzberg, A. F., Sudheimer, K., Keller, J., Mayberg, H. S., Gunning, F. M., Alexopoulos, G. S., Fox, M. D., Pascual-Leone, A., Voss, H. U., Casey, B. J., ... Liston, C. (2017). Resting-state connectivity biomarkers define neurophysiological subtypes of depression. *Nature medicine*, 23(1), 28–38. <https://doi.org/10.1038/nm.424>
- Eden, J. y Schulz, R. (2016). Families caring for an aging America. National Academies Press. doi: 10.17226/23606

- Federación Española de Daño Cerebral [FEDACE] 2019. Guía de Familias de Personas con Daño Cerebral (4ª ed.).
https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2020-1/14-13-20-36.admin.FEDACE_GuiadeFamilias_2019.pdf
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- González-Pando, D., Cernuda-Martínez, J. A., Alonso-Pérez, F., Beltrán-García, P. y Aparicio-Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166.
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- Gutner, C. A., Galovski, T., Bovin, M. J. y Schnurr, P. P. (2016). Emergence of transdiagnostic treatments for PTSD and posttraumatic distress. *Current Psychiatry Reports*, 18(10), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0734-x>
- Hall, J. F., Crocker, T. F., Clarke, D. J. y Forster, A. (2019). Supporting carers of stroke survivors to reduce carer burden: development of the Preparing is Caring intervention using Intervention Mapping. *BMC public health*, 19(1), 1408.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7615-2>
- Hare, D. L., Toukhsati, S. R., Johansson, P. y Jaarsma, T. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European heart journal*, 35(21), 1365-1372. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu462>

- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A. y Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical psychology review*, 31(2), 225-235. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.003>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). *Global Health Data Exchange [GHDx]* <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Juengst, S. B., Perrin, P. B., Klyce, D. W., O'Neil-Pirozzi, T. M., Herrera, S., Wright, B., Lengenfelder, J., Lercher, K., Callender, L. y Arango-Lasprilla, J. C. (2022). Caregiver characteristics of adults with acute traumatic brain injury in the United States and Latin America. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5717. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095717>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, NY: Basic Books.
- Kreutzer, J. S., Stejskal, T. M., Ketchum, J. M., Marwitz, J. H., Taylor, L. A. y Menzel, J. C. (2009). A preliminary investigation of the brain injury family intervention: Impact on family members. *Brain injury*, 23(6), 535-547. doi:10.1080/02699050902926291.

- Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Hollon, S. D., Roefs, A., & Huibers, M. J. H. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(10), 2095-2110. doi:10.1017/S0033291715000033
- National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). (2022). *Depression in adults: treatment and management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Rigby, H., Gubitz, G. y Phillips, S. (2009). A systematic review of caregiver burden following stroke. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*, 4(4), 285–292. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2009.00289.x>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires. Paidós.

- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International journal of behavioral development*, 12(1), 35-55. <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica Y Salud*, 14(3), 249–280.
- Sörensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356–372. <https://doi.org/10.1093/geront/42.3.356>
- Spielberger C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA.
- Sverre, K. T., Nissen, E. R., Farver-Vestergaard, I., Johannsen, M., y Zachariae, R. (2023). Comparing the efficacy of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy for depression in head-to-head randomized controlled trials: A systematic review and meta-analysis of equivalence. *Clinical Psychology Review*, 100, 102234. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102234>
- Vaccarino, V., Badimon, L., Bremner, J. D., Cenko, E., Cubedo, J., Dorobantu, M., Duncker, D. J., Koller, A., Manfrini, O., Milicic, D., Padro, T., Pries, A. R., Quyyumi, A. A., Tousoulis, D., Trifunovic, D., Vasiljevic, Z., de Wit, C., Bugiardini, R. y ESC Scientific Document Group Reviewers (2020). Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on

coronary pathophysiology and microcirculation. *European heart journal*, 41(17), 1687–1696. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy913>

Van der Lee, J., Bakker, T. J., Duivenvoorden, H. J. y Dröes, R. M. (2014). Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: a systematic review. *Ageing research reviews*, 15, 76–93. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.03.003>

Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and individual differences*, 36(3), 629-643. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)

Vázquez-Morejón, A. J., Jiménez-García-Bóveda, R. y Vázquez-Morejón-Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255. <https://doi.org/10.55414/bsxyn321>

ANEXOS

Anexo A

Criterios Diagnósticos para el Diagnóstico de TDM

Ítem	Descripción
1	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi todos los días.
2	Pérdida de interés en las actividades que antes eran gratificantes.
3	Pérdida o aumento de peso.
4	Insomnio o hipersomnia.
5	Baja autoestima.
6	Problemas de concentración y problemas para tomar decisiones.
7	Sentimientos de culpabilidad.
8	Pensamientos suicidas.
9	Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
10	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

Nota. APA, 2013. Se deben presentar cinco o más de los anteriores criterios durante al menos dos semanas. Al menos uno de los dos primeros criterios debe cumplirse.

Anexo B

ANAMNESIS

Nombre: S.	Edad: 40 años	Género: Mujer
Estado civil: Casada	Hijos: Sí	Número: 2
Ámbito laboral: Sanitario		
Motivo de consulta: Estado depresivo		
Historia: Convive con su marido y sus dos hijos. Su marido sufrió un TCE hace cuatros años que le provocó un DCA y presenta secuelas a nivel de memoria, atención y funciones ejecutivas. S. es su cuidadora principal aunque su marido es autónomo. Tras el DCA, tienen problemas económicos y jurídicos debido a la denegación de ayudas. Siguen en trámites judiciales por este motivo. Sus padres y suegros tienen problemas de salud. Sus dos hijos son menores y acuden al colegio. El hijo mayor fue diagnosticado de encopresis cuando era más pequeño, aunque remitió. Actualmente, el hijo menor presenta encopresis también, lo que genera mucho malestar en S. A nivel laboral, refiere que le gusta su trabajo, pero quiere cambiar por conflictos.		
Datos diagnósticos: Sentimientos de tristeza e irritabilidad, llanto intenso, pensamientos pesimistas, pérdida de placer, cansancio, dificultades para concentrarse, aumento de horas de sueño, aumento de ingesta de comida, pensamientos suicidas y elevada autoexigencia.		

EVALUACIÓN

BDI-II: 16	STAI-AE: 20 (percentil 50)	STAI-AR: 29 (percentil 65)
SWLS: 12	RSE: 26	
EBP (TOTAL): 122		
Autoaceptación: 15	Relaciones positivas: 22	Autonomía: 27
Dominio del entorno: 19	Crecimiento personal: 20	Propósito en la vida: 19

Anexo C

SESIÓN 1

Se realizó la entrevista donde se recogieron datos sociodemográficos, historia de la persona y su familia (cómo se originó el DCA de su marido) y sintomatología a tratar. También se estableció el rapport profesional y se pasaron los cuestionarios para que S. pudiera cumplimentarlos.

SESIÓN 2

Se explicaron los resultados de los cuestionarios y se establecieron los objetivos a conseguir. Se le explicó la relación entre pensamiento, emoción, estado fisiológico y conducta a través del autorregistro. Se le pidió como tareas para casa que rellenara el autorregistro en las situaciones donde sintiera malestar o un sentimiento elevado de tristeza, y que escribiera en una hoja un horario semanal con lo que hace durante cada día.

SESIÓN 3

Se revisaron las tareas de la semana anterior. Cumplimentó el autorregistro, pero no el horario. Comenta que se ha dado cuenta de que tiene el horario bien establecido y que el problema lo tiene con el horario del resto de su familia. Comenta que su marido está yendo como voluntario a una asociación para animales abandonados y que eso le está ayudando a sentirse más útil y ocupado. Se le pide que siga cumplimentando el autorregistro. Se intentó realizar la respiración diafragmática, sin embargo, S. no parecía cómoda e interrumpió el ejercicio en alguna ocasión para

hablar. Se le explicó la importancia de la respiración para regular estados emocionales ansiosos y respondió que cuando estaba embarazada se lo explicaron y cuando está muy nerviosa lo utiliza. Se comentó muy brevemente la importancia de que realice actividades que le resulten placenteras. Se indagó en las situaciones descritas en el autorregistro. S. describió situaciones que vivía con mucha intensidad emocional de manera repetida, y cuando las explicaba, se volvía a emocionar. Se realizó un ejercicio que consistía en pegar su cara a una imagen en la pared que no había visto con anterioridad e intentar describirla durante unos segundos. Al estar tan cerca, la veía muy borrosa. Se le pidió que se alejara un poco y en ese momento la pudo ver con un poco más de claridad, pero aún borrosa. Se le pidió nuevamente que la describiera. Se le preguntó qué podía hacer para verla mejor, a lo que contestó “alejarse” y dio un paso atrás y la describió tal y cómo era. Se le pidió que nos dijera otras cosas que había en la habitación, a lo que tuvo que darse la vuelta y mirarla para contestar. Tras este ejercicio, se le comentó que la fotografía era como las situaciones problemáticas con su familia. Cuando está muy pendiente y preocupada de lo que sucede, puede no llegar a ver el problema en su conjunto, pero cuando consigue “defusionar” esos pensamientos y tomar conciencia de que lo que piensa no es lo que es o lo que debe hacer, puede tomar “distancia” y entender mejor lo que sucede, evaluando la situación de un modo más objetivo y descubriendo que a su alrededor puede haber recursos que le pueden ser útiles.

SESIÓN 4

Se revisó el autorregistro. Se le explicaron herramientas que podía utilizar ella y su marido para poder organizarse. Una de ellas (que ya conocían por la asociación) era la utilización de alarmas sonoras para su marido, para que pudiera organizarse de manera más autónoma. Otra fue la utilización de un calendario para el móvil (Google Calendar en este caso), donde pudieran escribir su horario habitual y que se repita cada semana, al igual que citas puntuales. Esta herramienta puede ser utilizada por ambos. Por último, se le explicó que podía hacer esquemas visuales que pueda utilizar con sus hijos, para que así puedan fortalecer la instauración de ciertas rutinas, como antes de que vayan a dormir, tienen que lavarse los dientes, ir al baño y ponerse el pijama. Se hizo un pequeño póster con el ejemplo anterior que S. se llevó a casa.

SESIÓN 5

Se revisó la utilización de las herramientas de la sesión anterior y el autorregistro. Tras esto, se pasó a la psicoeducación sobre las emociones. Se le explicó que todas las emociones tienen una función y que todas pueden ser adaptativas, a no ser que se presenten en exceso o no se presenten. Se le pidió que dijera qué funciones cree que tiene cada una de las emociones que se le decía y se le guiaba si no se le ocurría ninguna respuesta. Se revisaron los objetivos de la intervención y se introdujo la activación conductual. Se le volvió a explicar la importancia de hacer actividades que resulten agradables y se le pidió que dijera varias cosas que le gustara hacer a S. Se le pidió que continuara con el autorregistro y que realizara durante 30 minutos a la semana alguna actividad placentera para ella.

SESIÓN 6

Se comenzó revisando el autorregistro. Se le comentó que podía dejar de rellenarlo, a no ser que quisiera escribir alguna situación que quisiera comentar en la próxima sesión. Se le preguntó sobre las actividades agradables y contestó que no había hecho ninguna sola. Se le pidió nuevamente que durante el lapso de tiempo entre esta sesión y la siguiente (un mes), que intentara realizar alguna de las actividades que comentó que le gustaban, como el sudoku, la lectura, etc. Se discutió sobre el progreso de la intervención. S. comentó que se sentía mucho mejor y más “hippie”, dado que no le daba tanta importancia a ciertas cosas. Antes de acabar cumplimentó los cuestionarios para revisar el progreso hasta ese momento.

SESIÓN 7

Se empezó hablando de cómo se encontraba en esos momentos S. tras el lapso de tiempo sin sesiones. S. comentó que había empezado a hacer sudokus de nuevo y que le servían para concentrarse en ello y relajarse. También se habló de una situación en concreto que tuvo con su hijo y que escribió en el autorregistro. Su hijo mayor se hizo una herida con una astilla y tuvo que ir al hospital con su padre donde le realizaron una pequeña intervención, mientras S. se quedó con el hijo menor en casa. S. se sentía muy culpable por no haber ido con él. Se usó la reestructuración cognitiva para sopesar qué había pasado y se concretó con S. que le preguntaría de manera calmada a su hijo cómo se sentía al respecto. Tras esto, se pasó a realizar un ejercicio sobre los valores de S. Se le pidió que hiciera una lista con las cosas que eran importantes en su vida, hablando a su vez de cada una de ellas.

SESIÓN 8

Primeramente, se le preguntó que le había respondido su hijo mayor cuando le preguntó sobre lo que pasó con la astilla. Él respondió que estaba bien y que no se siente mal por haber ido al hospital con su padre mientras S. estaba en casa con su hermano. Se discutió brevemente sobre la presencia de pensamientos negativos, y sobre el hecho de que muchos de ellos pueden ser valoraciones subjetivas que pueden no concordar con la situación real o con la percepción de las otras personas. Se continuó con un ejercicio donde, con la lista de la sesión anterior, debía realizar círculos en una hoja que concordasen con cada uno de los elementos de la lista, mientras explicaba por qué había decidido dibujar los círculos cómo lo estaba haciendo y se le hacían preguntas para guiar el ejercicio. Cuanto más grandes fueran los círculos, más importante eran en la vida de S. y viceversa. Los círculos se podían entrelazar si había relación entre ellos. En un principio, S. había dibujado el círculo de “hijos” ocupando toda la hoja. Se siguió con el ejercicio y se discutió el resto de elementos (se le comentó, por ejemplo, que “el trabajo” no podía dibujarse completamente dentro del círculo de “hijos”, debido a que sus hijos no son la única razón por la que trabaja). Tras esto, S. decidió borrar el círculo de “hijos” para que no ocupara toda la hoja, y así poder hacer espacio a otras personas y cosas.

SESIÓN 9

Se empezó hablando de la prevención de recaídas, hablando de que factores puede localizar que puedan desencadenar en un estado depresivo, para que así pueda actuar o pedir ayuda si fuese necesario. Se realizó una discusión sobre la intervención y los objetivos conseguidos. S. sentía que se habían cumplido y que se sentía mejor. Expresó que se sentía menos “enfoscada” y volvió a decir que se sentía más “hippie” en el sentido de que no se ponía tanta presión para hacer las cosas de cierta manera. Comenta que ha empezado a poner límites a su marido ante ciertas conductas o planes, como el hecho de adoptar un perro, ya que S. no quería tener ese tipo de responsabilidades. Ahora realiza actividades placenteras de manera relativamente habitual, haciendo sudokus, yendo a comer con amigas y acudiendo a un concierto. Sigue utilizando el calendario en el móvil, ya que le ayuda a organizarse y las notificaciones le recuerdan si tiene que hacer algo. Se le pide que vuelva a cumplimentar los cuestionarios y se concluye la intervención.

SESIÓN 10

Se comienza con el pase de los cuestionarios para la evaluación de seguimiento. Tras esto, S. comentó que su relación con su marido había mejorado, ya que él estaba empezando a aceptar ciertos límites y ella estaba comprendiendo que ciertos comportamientos eran debidos al DCA. Finalmente, decidieron adoptar un cachorro, que es cuidado principalmente por su marido. S. valora esto positivamente. También refiere que los episodios de encopresis de su hijo menor han remitido. S. identifica una mejoría considerable en su estado de ánimo desde la primera sesión.