



MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología
/ 16-17

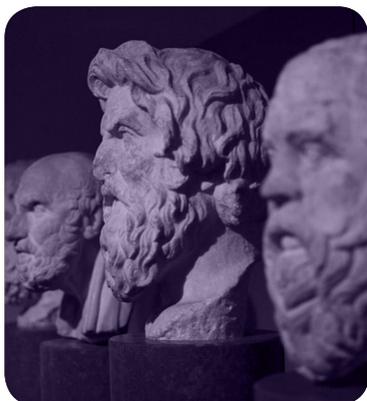
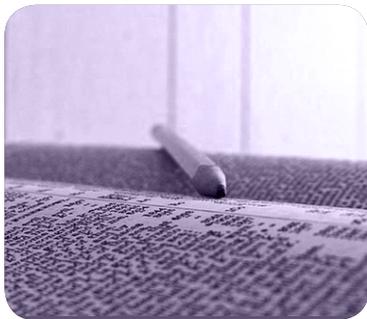
Psicología General
Sanitaria



Campus Internacional
excelencia UAM
CSIC+



**Tratamiento
psicológico
de un adulto
con trastorno
de depresión mayor**
Irene Álvarez Ossorio



MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA CURSO 2016/ 2017 -
FACULTAD DE PSICOLOGÍA - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
BIOLÓGICA Y DE LA SALUD

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE UN ADULTO CON TRASTORNO DE
DEPRESIÓN MAYOR**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Autora: Irene Álvarez Ossorio

Tutora académica: Ana Calero Elvira

Modalidad: Estudio de caso único

Resumen: En este trabajo se describe un estudio de caso en el que se lleva a cabo un tratamiento cognitivo-conductual para la mejora del estado de ánimo, las dificultades para conciliar y mantener el sueño, el nivel de activación que le ocasionan determinadas interacciones sociales y las dificultades para profundizar en las relaciones sociales. El cliente es un adulto de 28 años con un Trastorno depresivo mayor tratado en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid. En la evaluación se emplearon entrevistas, una Historia Biográfica confeccionada por el centro, así como autorregistros y cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura, Inventario de síntomas-90-revisado y Escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Se realizó un análisis funcional que guió el diseño de la intervención. Se emplearon técnicas de educación en higiene del sueño y control de estímulos, respiración abdominal, psicoeducación, parada de pensamiento, reestructuración cognitiva, activación conductual y exposición con prevención de respuesta. El tratamiento se aplicó en 11 sesiones, además de tres sesiones de evaluación y una de devolución de análisis funcional. Se empleó un diseño A-B y los cambios se valoraron en base a los resultados de las mediciones pre y post-tratamiento, así como de los autorregistros solicitados al cliente. Se concluye que el tratamiento resulta efectivo, pues se cumplieron los objetivos establecidos. Se discuten los factores

que fueron fundamentales para el éxito del tratamiento, así como las limitaciones y posibles mejoras que convendría tomar en cuenta en futuros estudios de caso.

Palabras clave: caso único; cognitivo-conductual; análisis funcional; trastorno de depresión mayor, pensamientos negativos, insomnio, dificultades en las relaciones sociales.

Grado de participación en el TFM: La alumna ha participado en el diseño de la evaluación, la aplicación de instrumentos de evaluación, la formulación del caso, el diseño y aplicación del tratamiento y la evaluación y valoración de resultados.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| Antecedentes históricos | 4 |
| Trastorno de insomnio asociado a los trastornos depresivos | 7 |
| Importancia del Análisis Funcional | 8 |
| Abordaje psicológico de los trastornos depresivos | 12 |
| DESCRIPCIÓN DEL CASO | 14 |
| Identificación del paciente y motivo de consulta..... | 14 |
| Estrategias de evaluación empleadas | 15 |
| Formulación clínica del caso | 24 |
| Objetivos terapéuticos..... | 30 |
| INTERVENCIÓN | 31 |
| Factores relacionados con los terapeutas | 31 |
| Aplicación del tratamiento..... | 32 |
| DISEÑO DEL ESTUDIO Y RESULTADOS | 42 |
| DISCUSIÓN | 51 |

INTRODUCCIÓN

Antecedentes históricos

De acuerdo con Vázquez y Sanz (1995) el concepto de *depresión* se define en base a su consideración como síntoma, síndrome o trastorno. De este modo:

En primer lugar, la depresión es, en su sentido más común y popular, un síntoma anímico ("estar triste", "melancólico", etc.). En segundo lugar, la depresión es un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas adicionales al bajo estado de ánimo (insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, etc.). El síndrome depresivo puede estar presente en numerosos cuadros clínicos, a saber: agorafobia, trastornos depresivos, esquizofrenia, trastornos sexuales, etc. En tercer lugar, en su sentido más restrictivo, lo que entendemos por trastorno depresivo no es únicamente un síndrome depresivo, sino un cuadro clínico completo con una duración determinada, un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico y una serie de criterios de exclusión diagnósticos claramente delimitados (p. 142).

Pese al carácter contemporáneo de la definición, el interés por los trastornos del estado de ánimo no es un hecho reciente. Así pues, los primeros intentos de definir "científicamente" la depresión vinieron de la mano de Hipócrates (siglo V a. C.) quien, en su texto *Sobre la naturaleza del hombre*, empleó el término genérico de *melancolía* con el propósito de denominar aquellos estados de abatimiento, inhibición y tristeza. De acuerdo con este pensador griego, dichos estados estaban debidos al exceso o alteración de la bilis negra en el organismo (Vázquez y Sanz, 2000; Vallejo y Gastó, 2000).

Sin embargo, no es hasta finales del siglo XIX cuando el cambio conceptual se produce y el término depresión comienza a ser empleado con frecuencia, sustituyendo al concebido por Hipócrates. El precursor de dicho hito fue el psiquiatra alemán Kraepelin quien, en la sexta edición de su obra *Lehrbuch*, diferenciaba la demencia precoz de la enfermedad maníaco-depresiva. En esta última categoría se incluían todos los casos que suponían un exceso de afectividad; por tanto, abarcaría diversos cuadros que hoy denominaríamos depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o ciclotimia (Vázquez y Sanz, 2000).

Respecto al DSM-4, además de la incorporación y desaparición de un considerable número de trastornos mentales, el DSM-5 ha supuesto la fractura con la categoría

clasificatoria denominada Trastornos del estado de ánimo, la cual incluía los Trastornos depresivos, así como los Trastornos bipolares, Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (Rodríguez-Testal, Senín-Calderón y Perona-Garcelán, 2014). Así pues, en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (2013) se incluye el Trastorno de depresión mayor dentro de los Trastornos depresivos. Los criterios para diagnosticarlo son los siguientes:

- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) o (2).
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observación por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afectación médica.
- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (p. 104-106).

Los trastornos depresivos son sumamente comunes en nuestra población. Cardila et al. (2015) señalan que alrededor de un 20% de la población española ha padecido un trastorno mental. Según dichos autores, de entre la totalidad de trastornos mentales reunidos en el DSM-5, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es de 3,9%. Si bien ésta es inferior en comparación con otros países europeos, nuestro país presenta una edad de inicio más temprana y tasas de comorbilidad y cronicidad más elevadas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Aunque se trata de una alteración mayoritariamente femenina (5,62%), en España se estima que el 2,15% de la población masculina sufre de dicha afectación (Haro et al., 2006).

En relación con la sintomatología del Trastorno de depresión mayor, el insomnio es considerado como una de las alteraciones más frecuentemente asociadas al trastorno anteriormente mencionado, ya que alrededor de dos tercios del total de personas diagnosticadas presentan dicha alteración del sueño (Franzen y Buysse, 2008). Por este motivo, y dadas las características particulares del caso objeto de estudio, que se

analizarán con detalle en posteriores apartados, se estima oportuno dedicar un espacio del presente trabajo al Trastorno de insomnio.

Trastorno de insomnio asociado a los trastornos depresivos

El concepto "insomnio" presenta diversas acepciones, en función de su consideración como un síntoma asociado a otros trastornos mentales, un síndrome o un trastorno del sueño. Así pues, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) define el insomnio como la percepción subjetiva de dificultad para conciliar y/o mantener el sueño y/o la ausencia de capacidad para volver a dormir tras un despertar matutino precoz, a pesar de disponer de las condiciones adecuadas para disfrutar de un sueño satisfactorio o de notable calidad, lo cual implica importantes alteraciones diurnas como, por ejemplo, deterioro en el funcionamiento social, laboral o del comportamiento de la persona. Por otro lado, se considera que dichas dificultades han de presentarse, como mínimo, tres noches por semana durante tres meses y no deben ser consecuencia de otros trastornos mentales, médicos o del sueño-vigilia, así como del consumo de una sustancia (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Se han descrito diversos subtipos de insomnio, los cuales varían en función del manual de clasificación empleado. Según la Clasificación Internacional de Trastornos del sueño (ICSD-3), el insomnio puede clasificarse en diversas categorías, atendiendo a la etiología del insomnio, el momento de la noche en que se produce y la duración. Así pues, en función de la etiología del insomnio distinguimos entre insomnio primario (puede estar relacionado con ciertos rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento; sin embargo, no aparece asociado a ningún otro cuadro clínico) y secundario o comórbido (aquél que se da como consecuencia de otro cuadro clínico). En función del momento de la noche en que se produce el insomnio se divide entre insomnio de conciliación (el paciente alude a dificultades para iniciar el sueño), insomnio de mantenimiento (la persona presenta problemas para mantener el sueño; prueba de ello son las frecuentes interrupciones o períodos de vigilia durante el mismo) o insomnio precoz (el paciente refiere que el último despertar tiene lugar, como mínimo, dos horas antes de la hora habitual). Por último, en función de la duración, distinguimos entre insomnio de tipo transitorio (su duración es inferior a una semana. Se relaciona con factores estresantes desencadenantes como, por ejemplo, causas medioambientales, estrés físico ocasional, etc.; de modo que cuando éstos desaparecen, el sueño se recupera), insomnio de corta

duración (su duración oscila de una a cuatro semanas. Se relaciona con factores estresantes, aunque más duraderos que los anteriores) o insomnio crónico (su duración oscila entre cuatro semanas o más. Se relaciona con causas intrínsecas al organismo, tales como una enfermedad física) (Perlis, 2009).

De entre el considerable número de trastornos del sueño, el insomnio se establece como el más frecuente entre la población general (Perlis, 2009; Summers, Crisostomo y Stepanski, 2006), ya sea como una entidad diagnóstica independiente o primaria o como un síntoma asociado a otros trastornos mentales (Gállego, Toledo, Urrestarazu e Iriarte, 2007).

2. Importancia del Análisis Funcional

La evaluación psicológica se define como la disciplina de la psicología que analiza el comportamiento humano, tanto de una única persona como de un grupo de individuos en diversos ámbitos (clínica, escuela, trabajo y organizaciones u otros ámbitos aplicados) (Fernández-Ballesteros, 2004). La evaluación de los diferentes problemas que obligan a un considerable número de personas a buscar asistencia psicológica resulta de vital importancia en el campo de la psicología clínica, ya que posee un papel activo en el posterior tratamiento de dichas dificultades; es decir, el hecho de llevar a cabo una adecuada evaluación permite ofrecer intervenciones psicológicas exitosas (Caballo et al., 2006). Dichas intervenciones serán más exitosas en la medida en que se lleve a cabo una evaluación funcional o, lo que es lo mismo, que se emplee el análisis funcional del comportamiento (Virués-Ortega y Haynes, 2005); ya que este modelo de evaluación permite intervenir sobre las variables causales que influyen en las conductas problemáticas de cada persona de manera individual (Haynes y O'Brien, 1990).

Haynes y O'Brien (2000) definen el análisis funcional como la identificación de relaciones funcionales destacadas, que se pueden controlar, causales y no causales, aplicables a determinados comportamientos de un único individuo. Son diversos los aspectos o características del análisis funcional que se desprenden de esta definición y que se especifican a continuación (Keawéaimoku, Godoy, O'Brien, Haynes y Gavino, 2013; Haynes, Godoy y Gavino, 2011; Haynes y O'Brien, 2000):

- Se centra en las relaciones funcionales entre los diversos problemas y los elementos que influyen profundamente sobre ellos (variables causales) de cada

persona en particular, en lugar de en el conjunto de clientes que presentan una misma problemática. Dichas relaciones funcionales pueden ser causales o no causales; siendo la primera categoría de relación funcional la más importante, ya que suele establecerse como el foco de intervención conductual.

- **Hace sobresalir los problemas conductuales, las variables causales y las relaciones funcionales significativas.** Es decir, aquellas dificultades que el clínico o el propio paciente identifican como importantes inductores de malestar; así como las variables causales que están más fuertemente relacionadas con dichos problemas.

- **Las variables causales, así como las relaciones causales, son modificables.** A pesar de que algunas de las variables causales que influyen en un problema determinado no son directamente alterables (por ejemplo, los factores genéticos o una lesión cerebral), las repercusiones que ocasionan resultan modificables.

- **El análisis funcional es idiográfico.** Se considera válido y útil únicamente para la persona en cuestión, pues a menudo se aprecian importantes diferencias entre el conjunto de clientes que presentan una misma problemática.

- **El análisis funcional es hipotético.** Se expresa en términos de hipótesis; ya que, pese a que se emplean excelentes estrategias científicas de evaluación, podría implicar errores de medición y juicio.

- **El análisis funcional es dinámico,** ya que los elementos que influyen en los problemas de la persona, así como las relaciones funcionales entre dichos elementos, pueden cambiar en cualquier momento y, con todo ello, el análisis funcional.

Así mismo, resulta conveniente realizar una breve revisión de aquellos modelos explicativos del comportamiento humano que componen las bases sobre las que el modelo analítico-funcional de la conducta humana se encuentra construido, con el propósito de conocer aquellas ideas que abrieron el camino hacia lo que hoy entendemos por análisis funcional: en primer lugar, el Conductismo radical postulado por B. F. Skinner y, en segundo lugar, el modelo Interconductual propuesto por J. R. Kantor.

La consolidación del modelo de Condicionamiento Operante vino de la mano de la publicación de la obra *Conducta verbal* de B. F. Skinner (1957), la cual se centra en el

estudio de los procesos operantes que originan y mantienen la conducta (consecuencias), siendo estos últimos estímulos incapaces de ser explicados por el modelo del condicionamiento clásico (Segura, Sánchez y Barbado, 1991). Para este autor, "la principal finalidad de la ciencia es describir fenómenos observables e investigar las leyes que los relacionan, y ello en orden a conseguir la predicción y el control" (Segura, Sánchez y Barbado, 1991, p. 33). Con todo ello, Skinner propone el análisis funcional para el estudio sistemático de la conducta (Segura, Sánchez y Barbado, 1991).

Por su parte, el modelo Interconductual propuesto por J. R. Kantor (1978), a diferencia de los primeros conductistas, quienes destacaron el papel de la respuesta sobre el estímulo, propone otorgar la misma importancia a ambos componentes del modelo E-R planteado por J. B. Watson. Si bien Skinner consideraba que entre el estímulo y la respuesta no existía una relación causal sino funcional, es Kantor quien acentúa aún más dicha "bidireccionalidad" entre ambos elementos. Para Kantor, la unidad de análisis del modelo Interconductual es el segmento conductual, el cual se compone de diversos elementos: organismo, respuesta, objeto, objeto de estímulo, función de estímulo, función de respuesta, medio de contacto, factores situacionales e historia interconductual. En definitiva, el modelo Interconductual permite una mejor descripción, predicción y control de la conducta (Segura, Sánchez y Barbado, 1991).

Desde hace un tiempo nos encontramos ante una etapa de regreso a las "raíces funcionalistas" en lo que respecta al proceso de evaluación, debido al empleo del análisis funcional como estrategia que un gran número de profesionales de nuestra disciplina emplean de manera habitual (Durand, 1987); sobreponiéndose, por tanto, a un período previo caracterizado por la omisión en el empleo de dicha estrategia. Dicha exclusión estuvo debida, por un lado, a la creencia de diversos investigadores y clínicos de que ante conductas problemáticas especialmente complejas, las circunstancias que mantenían dichos problemas podían ser ignoradas (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman y Richman, 1982); y, por otro, a la existencia de una firme convicción en el empleo de técnicas de intervención sin necesidad de adaptarlas a cada caso en particular (Das, 1990; cit. en Forteza y Vara, 2000).

Actualmente, son diversos los autores que abogan por la realización de una adecuada evaluación conductual, así como la construcción de un análisis funcional acertado, para

garantizar la elección del plan de intervención más apropiado, incluso cuando se suceden ciertas dificultades (Haynes, Godoy y Gavino, 2011). Así mismo, disminuyen la aparición de sesgos de juicio clínico (Haynes, Godoy y Gavino, 2011; Virués-Ortega y Haynes, 2005). A continuación se especifican de manera resumida las principales dificultades a las que, según estos autores, se enfrentan los clínicos en su práctica clínica diaria:

- **La presencia de "problemas del comportamiento" es superior a los "trastornos del comportamiento" en la práctica clínica diaria.** Actualmente, en España y otros muchos países, se emplean el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el propósito de establecer un diagnóstico de los trastornos mentales del considerable número de personas que acuden a una consulta en busca de asistencia psicológica. Sin embargo, el uso de las etiquetas diagnósticas propuestas por dicho manual tiene poca aplicación en la práctica clínica, la cual se centra en "problemas del comportamiento" más que en "trastornos del comportamiento". Es decir, el terapeuta se encuentra con problemas que no cumplen los criterios para el diagnóstico de un determinado trastorno de los que se describen en alguno de los manuales anteriormente mencionados, sino problemas de la vida diaria que le generan a la persona un cierto grado de malestar.

- **Los pacientes presentan con frecuencia múltiples problemas de comportamiento,** lo cual influye en el proceso de toma de decisión acerca de qué tratamiento es el más adecuado.

- **Los problemas de comportamiento difieren en su importancia.** Así pues, el profesional clínico valora las diferentes ventajas que se podrían suceder al centrar la intervención sobre cada variable causal señalada por el análisis funcional; de tal manera que, al priorizar la intervención sobre un problema de comportamiento significativo, el paciente se beneficiará en mayor medida. La estimación del grado de importancia de los distintos problemas que presenta la persona se derivan de la consideración de múltiples aspectos, tales como: la frecuencia o la magnitud del problema, las consecuencias que el problema pueda ocasionar en el paciente u otras personas, el grado de impacto subjetivo en la calidad de vida del paciente (es decir, cómo éste considera que las diferentes áreas de su vida se han visto afectadas a raíz de la aparición de la problemática en cuestión), el grado de deterioro funcional u objetivo asociado a un problema (cómo las diferentes

áreas de la vida del paciente se han visto afectadas de manera objetiva a raíz de la aparición de una problemática determinada) o la presencia de problemas que interfieren en el progreso de la terapia.

Las dificultades propias de la práctica clínica que han sido aquí resumidas han tenido una especial importancia en el caso que da base a este trabajo, por lo que la construcción del análisis funcional a lo largo de las diferentes sesiones de evaluación resultó imprescindible para diseñar el plan de intervención individualizado que se llevó a cabo.

3. Abordaje psicológico de la depresión

La Terapia de Conducta se constituye como enfoque terapéutico formal en la década de 1950, a raíz del desarrollo científico de la Psicología, tomando como base los principios de la Psicología del Aprendizaje y como objetivo terapéutico la conducta desadaptativa (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). A partir de la década de 1970, la Terapia de Conducta comenzó a otorgar una importante relevancia a los factores cognitivos, debido a la influencia de diversos autores cognitivistas, entre los que destacan Aaron T. Beck y Albert Ellis, quienes consideraban que dichos factores ejercían una mayor influencia en la adquisición, mantenimiento y cambio de conducta que aquellos elementos conductuales (Ruiz, 1989; cit. en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). En definitiva, los diferentes modelos de Terapia Cognitiva poseen como rasgo común la consideración de los procesos cognitivos como los principales elementos determinantes del comportamiento, aunque no los únicos. Dicho influjo del modelo cognitivo al modelo conductual supuso un importante cambio en la conceptualización y el tratamiento de los múltiples problemas psicológicos. Así pues, a principios de los años 80 la Terapia Cognitivo Conductual se encontraba consolidada como un enfoque terapéutico propiamente dicho (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012; Froján y Santacreu, 2008). Numerosas investigaciones evidencian que la Terapia Cognitivo-Conductual resulta ser eficaz en su aplicación a los múltiples problemas psicológicos, entre los que se encuentra la depresión (Nathan y Gorman, 2015; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2004; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003).

A continuación, se ofrece una descripción de aquellas técnicas de intervención psicológicas desde el enfoque cognitivo-conductual cuya eficacia ha recibido un mayor apoyo empírico para el tratamiento de la depresión y que han sido empleadas a lo largo

de las diferentes sesiones de intervención del caso que se presenta en este trabajo. La Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento de la depresión abarca desde procedimientos derivados de la Terapia de Conducta, tales como el programa de actividades agradables o la activación conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia de autocontrol, la terapia de solución de problemas o la terapia conductual de pareja (Pérez et al., 2003); hasta aquéllos en cuya base se encuentra la Terapia Cognitiva, entre cuyas técnicas de intervención destacan las técnicas de reestructuración cognitiva. Sin embargo, únicamente se hará hincapié en el programa de actividades agradables o activación conductual y en la reestructuración cognitiva, dado que son las técnicas que se emplearon durante la fase de intervención del caso que nos ocupa. Por último, resulta conveniente recordar que, tal y cómo se ha especificado anteriormente, la construcción de un adecuado análisis funcional resulta fundamental de cara a adaptar la intervención a cada caso en particular.

Para Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2013) la activación conductual se define como "un tratamiento breve y estructurado que tiene como objetivo la activación de los clientes de modos específicos que aumentará las experiencias gratificantes en sus vidas" (p. 48). La activación conductual parte del supuesto de que las diversas dificultades que se presentan a lo largo de la vida de los individuos más vulnerables reducen la capacidad de éstos de experimentar la recompensa positiva de sus entornos y desencadenan ciertas conductas, entre las que destaca la contención de la activación a través de conductas de huida y evitación (Martell et al., 2013). La activación conductual ha resultado ser un tratamiento eficaz para la depresión, así como para el tratamiento de otros muchos trastornos, tal y cómo recogen numerosas investigaciones al respecto (Dobson et al., 2008; Dimidjian et al., 2006; Hopko, Bell, Armento, Hunt y Lejuez, 2005; Hopko, Lejuez y Hopko, 2004; Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil, 2003).

Dentro de las técnicas cognitivas, la reestructuración cognitiva se centra en la identificación y cambio de creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas que determinan o mantienen la problemática de la persona (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). En esta línea, los datos de diversas investigaciones indican que la terapia cognitiva resulta eficaz en su aplicación a personas con este tipo de trastorno psicopatológico (Blatt, Zuroff, Bondi y Sanislow, 2000; Gloaguen, Cottraux, Cucherata y Blackburn, 1998; Hollon et al., 1992;

Murphy, Simons, Wetzel y Lustman, 1984; Rush, Kovacs, Beck, Weissenburger y Hollons, 1981).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Identificación del paciente y motivo de consulta

G. es un chico de 28 años estudiante de un máster universitario en Biomedicina molecular, formación que combina con su recién estrenado trabajo en una empresa. Acude al Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) en diciembre de 2016, fecha en la que se inicia la evaluación de su caso. El usuario refiere que, desde que regresó a España a principios del mes de julio tras disfrutar de una estancia laboral en Varsovia, experimenta bajo estado de ánimo, ya que advierte múltiples cambios en su vida en comparación con su etapa en el extranjero; entre ellos, en su relación de pareja.

La problemática fue percibida por él mismo, su pareja (C.), sus amigos y sus padres. De hecho, fueron estos últimos quienes le recomendaron acudir al CPA.

Tras reflexionar en repetidas ocasiones acerca del motivo de su bajo estado de ánimo, G. llegó a la conclusión de que la razón por la que se sentía decaído era porque no se encontraba bien con su pareja, a la que conoció durante su estancia en Varsovia. De hecho, el usuario comenta que cuando hace planes con ella ya no se siente tan cómodo como anteriormente y le sobrevienen pensamientos del tipo "*Si estoy triste es porque no estoy bien con C.*", hecho que no le ocurre cuando está con sus amigos. El usuario menciona que, entre los cambios que advierte en su relación de pareja, destaca el hecho de que, a diferencia que durante su estancia laboral en el extranjero, en el que continuamente realizaban actividades novedosas (por ejemplo, viajar, descubrir nuevos sitios en la ciudad, etc.), en Madrid últimamente realizan las mismas actividades (salir a cenar, ver una película, quedarse a dormir uno en casa del otro, etc.).

Además, G. refiere haberle sido infiel a su pareja el pasado verano. Así pues, a raíz de dicho suceso, G. evita exponerse a situaciones que implican la presencia de chicas desconocidas (por ejemplo, fiestas, reuniones, etc.), ya que teme volver a serle infiel a su pareja.

El usuario menciona que, desde que su problemática comenzase, presenta dificultades para conciliar el sueño, por lo que se encuentra muy cansado y le cuesta levantarse por las mañanas.

Con respecto a las relaciones sociales, G. se define como "*una persona sociable pero con pocos amigos*". Además de advertir cambios en su relación de pareja, el usuario tiende a comparar su vida social actual con su vida en el extranjero, la cual se caracterizó por ser una etapa socialmente muy intensa. De hecho, aunque con menor frecuencia, ha llegado a pensar que el hecho de no tener amigos en Madrid puede ser la causa de su bajo estado de ánimo. Además, G. afirma presentar ciertas dificultades en el área social. En concreto, refiere problemas para hacer amigos o "*pasar de conocidos a amigos*". De hecho, tiende a evitar proponer salir a sus conocidos, con el propósito de eludir un posible rechazo por parte de la otra persona, el cual le resultaría muy desagradable para él.

En relación a su familia, no se recoge la existencia de conflictos entre sus diferentes miembros. Su hermano menor vive en Segovia y, aunque no se ven con demasiada frecuencia, su relación es positiva. Con sus padres también mantiene una excelente relación. De hecho, desde que están al corriente de sus dificultades, su relación es aún más cercana que antes. No convive con ellos, ya que G. vive en un piso de estudiantes en Madrid por motivos laborales, mientras sus padres continúan residiendo en el domicilio familiar en Salamanca.

En su tiempo libre, G. ve series y películas, realiza las tareas domésticas y va al gimnasio. Comenta que, desde llegara a Madrid en el mes de septiembre de 2016, ha dejado de realizar numerosas actividades con las que disfrutaba durante su estancia en el extranjero, por ejemplo, leer o jugar al baloncesto. Salvo ocasiones excepcionales, los fines de semana acostumbra a salir únicamente con C.

Estrategias de evaluación empleadas

La evaluación de la problemática de G. se llevó a cabo en tres sesiones. Se emplearon entrevistas con el usuario para conocer cómo se originaron y cómo se mantienen los problemas, las dificultades presentes en la actualidad y las situaciones concretas en las que se manifiestan. Con el propósito de recopilar información adicional acerca de la

problemática, se empleó una Historia Biográfica (Centro de Psicología Aplicada, 2012), cumplimentada por el usuario, donde se recoge información acerca de la problemática por la ha decidido acudir a consulta, tratamientos anteriores y motivación y expectativas sobre la terapia, así como datos referidos al área familiar, de pareja/sexual, social, académica y profesional de la persona. De la primera a la tercera sesión, se pidió un autorregistro de malestar (ver *Tabla 1*), con el propósito de evaluar la problemática del usuario en su ambiente natural. Así mismo, se solicitó un autorregistro del sueño (ver *Tabla 2*) y un autorregistro semanal de actividades diarias (ver *Tabla 3*) durante la tercera sesión de evaluación.

| Fecha/hora | Situación | Qué pienso | Qué siento | Qué hago |
|---------------------|--|--|--|---|
| 15/12/2016 9:15 | Le cuento a mi compañero de trabajo cómo ha ido la primera sesión y la tarea que me han pedido en el CPA | " <i>No estoy al 100%</i> ", " <i>Temo que no me encontrarme lo suficientemente bien como para no alterarme con C. cuando quede con ella</i> " | Miedo volver a pensar en mis problemas de pareja | Hacer las tareas domésticas de |
| 19/12/2016 23:45 | Estoy en mi piso hablando por whatsapp con C. | " <i>C. está hablando conmigo de forma cariñosa y yo no puedo seguirle el rollo. Odio verme tan cambiante de humor</i> " | Tristeza, cansancio | bajón, Ir a la cama, intentar relajarme y dormir |
| 21/12/2016 | He vuelto a Salamanca por vacaciones | " <i>No sé cómo voy a estar con C. durante las vacaciones de Navidad, ya que estamos separados</i> " | Desánimo, tristeza, sentimiento agriado | Desánimo, apatía, hablar por teléfono con C. al pensar en C |

Tabla 1. Modelo de autorregistro de malestar empleado y ejemplos representativos de las situaciones descritas.

| Fecha | Hora de acostarse | Nº de veces que te despiertas | Hora de levantarse | Grado de descanso (0-10) |
|------------|--|-------------------------------|--------------------|--------------------------|
| 11/01/2017 | Me fui a la cama a las 22:45 y no conseguí dormir hasta las 2:45 | 4 | 9:00 | 3 |
| 15/01/2017 | Me fui a la cama a las 00:00 y no pude dormir hasta las 3:00 | 2 | 8:00 | 7 |

Tabla 2. Modelo de autorregistro del sueño empleado y ejemplos representativos de las situaciones descritas.

| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------------|-------------|------------------|-------------|---------------------|------------------|--------------|-----------------|
| 8:00-9:00 | Despertarme | Despertarme | Despertarme | Despertarme | Despertarme | | |
| 9:00-10:00 | Desayunar | Desayunar | Desayunar | Desayunar | Desayunar | | |
| 10:00-11:00 | Clase | Clase | Clase | Clase | Clase | | |
| 11:00-12:00 | Clase | Clase | Clase | Clase | Clase | | |
| 12:00-13:00 | Clase | Clase | Clase | Clase | Clase | Despertarme | Despertarme |
| 13:00-14:00 | Clase | Clase | Clase | Clase | Clase | Vaguar | Vaguar |
| 14:00-15:00 | | | | | | Vaguar | Vaguar |
| 15:00-16:00 | Trabajo | Trabajo | Trabajo | Trabajo | Trabajo | Comer | Comer |
| 16:00-17:00 | Trabajo | Trabajo | Trabajo | Trabajo | Trabajo | | Ver vídeos |
| 18:00-19:00 | Trabajo | Trabajo | Trabajo | Vaguar | Baloncesto | Salir con C. | Ver vídeos |
| 20:00-21:00 | Trabajo | Trabajo | Trabajo | Vaguar | Baloncesto | Salir con C. | |
| 22:00-23:00 | Cocinar | Ir a casa de C. | Cocinar | Cocinar | Baloncesto | Salir con C. | |
| 23:00-00:00 | Ver la tele | Ver una película | Leer | Hablar por teléfono | Ir a casa de C. | Salir con C. | Ir a casa de C. |
| 00:00-8:00 | Dormir | Dormir | Leer | Dormir | Ver una película | Dormir | |

Tabla 3. Modelo de autorregistro de actividades diarias empleado y ejemplos representativos de las situaciones descritas.

Además, se utilizaron los instrumentos de evaluación que se detallan a continuación:

- **Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II)** (Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer y Brown, 1996). En esta ocasión, se empleó la adaptación española elaborada por Sanz y Vázquez (2011). El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y gravedad de los síntomas típicos de la depresión (tales como la tristeza, la pérdida de placer o interés o cambios en el apetito y el patrón de sueño) en adolescentes y adultos a partir de los 13 años. Se compone de 21 ítems que comprenden, a su vez, cuatro categorías de respuesta, puntuables de 0 a 3, ordenadas de menor a mayor gravedad (a excepción de los ítems 16 y 18 que contienen 7 categorías). Así pues, la persona deberá seleccionar la afirmación de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluido el día que cumplimenta el instrumento. Este cuestionario cuenta con una consistencia interna elevada (coeficiente de alfa de Cronbach de 0,89).
- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** (State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983). En esta ocasión, se empleó la adaptación española elaborada por Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos-Cubero (2011). Este instrumento se compone de 40 ítems: 20 de ellos evalúan el nivel de ansiedad transitorio que presenta la persona en el momento de su cumplimentación (ansiedad-estado), puntuables de 0 ("Nada") a 3 ("Mucho"); y los otros 20 ítems evalúan la propensión del usuario a experimentar estados de ansiedad de manera habitual (ansiedad-rasgo), puntuables de 0 ("Casi nunca") a 3 ("Casi siempre"). Este cuestionario cuenta con una consistencia interna elevada tanto para la subescala de ansiedad-rasgo (coeficiente alfa de Cronbach de 0,90) como para la subescala de ansiedad-estado (coeficiente alfa de Cronbach de 0,94).
- **Cuestionario de Habilidades Sociales** (Segura, 1989). Este instrumento, que consta de 20 ítems de respuesta múltiple, evalúa el modo en que la persona objeto de evaluación reacciona con frecuencia ante una serie de situaciones sociales de la

vida diaria. Es decir, el Cuestionario de Habilidades Sociales proporciona información acerca de la competencia social de la persona en función de su actuación, así como la conducta socialmente adecuada, la inhabilidad social, la conducta inhibida y la conducta ansiógena. A pesar de que no contamos con datos sobre las propiedades psicométricas de dicha escala, se tomó la decisión de emplearlo para completar la información obtenida a lo largo de las entrevistas mantenidas con el usuario.

- **Inventario de síntomas-90-Revisado (SCL-90-R)** (Symptom Checklist-90-Revised; Derogatis, 1994). En esta ocasión, se empleó la adaptación española elaborada por Derogatis (2001). El SCL-90-R evalúa la presencia de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivos) en personas entre 13 y 65 años. Dicho inventario se compone de 90 ítems que comprenden, a su vez, cinco opciones de respuesta puntuables de 0 ("Nada") a 4 ("Mucho"). Así pues, la persona deberá elegir la opción de respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluido el día de la administración del instrumento. Además, el SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones anteriormente mencionadas pero que poseen relevancia clínica: ítems 19 ("*Poco apetito*"), 44 ("*Problemas para dormir*"), 59 ("*Pensamientos acerca de la muerte o el morir*"), 60 ("*Comer en exceso*"), 64 ("*Despertarse muy temprano*"), 66 ("*Sueño intranquilo*") y 89 ("*Sentimientos de culpa*"). Este cuestionario presenta valores elevados de consistencia interna en algunas de sus dimensiones; así pues, las dimensiones de depresión y ansiedad fóbica presentan un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95 y 0,80 respectivamente. Sin embargo, las dimensiones de psicoticismo y ansiedad presentan un coeficiente alfa de Cronbach de 0,66. La fiabilidad total de la escala es de 0,98.
- **Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF)** (The World Health Organization Quality of Life; OMS, 2004). En esta ocasión, se empleó la adaptación española elaborada por Lucas-Carrasco (2011). El WHOQOL-BREF proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona evaluada. Este instrumento se compone

de 2 ítems globales que ofrecen una puntuación acerca de la calidad de vida y satisfacción con el estado de salud general percibida por la persona respectivamente y 24 ítems agrupados en cuatro dominios (salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y ambiente), formulados en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Este cuestionario cuenta con una consistencia interna elevada (coeficiente de alfa de Cronbach de 0,89).

Los resultados de la entrevista y la Historia Biográfica han sido puntualizados previamente en el apartado referido a la identificación del caso. A continuación se presenta la información obtenida a partir de los autorregistros, así como los resultados de los cuestionarios anteriormente descritos:

- Con respecto a la información recogida en los autorregistros de malestar, se concluye que son diversas las situaciones en las que el usuario experimenta pensamientos negativos acerca de su relación con C., sentimientos de tristeza y un diverso repertorio de conductas que alivian (a corto plazo) dicho malestar. Dichas situaciones se suceden con una frecuencia de tres a cinco veces por semana. En la *Tabla 1* se muestran algunos ejemplos de las situaciones descritas en los autorregistros de malestar que se le pidieron al usuario durante la fase de evaluación. Con respecto al autorregistro de sueño, se observa que G. tarda aproximadamente tres horas en conciliar el sueño, sufre una media diaria de tres despertares durante la noche, no realiza conductas compensatorias ante la pérdida de horas de sueño (por ejemplo, cuando suena el despertador no continúa durmiendo sino que se levanta para acudir a clases) y su grado subjetivo de descanso oscila entre bajo y medio. En la *Tabla 2* se muestran algunos ejemplos de las situaciones descritas en el autorregistro de sueño que se le pidió al usuario en la tercera sesión de evaluación. Finalmente, con respecto al autorregistro de actividades diarias, a lo largo de la tercera semana de evaluación, el usuario únicamente se vio involucrado en cinco actividades agradables (pasear/ andar, asistir a un cumpleaños, salir con C., salir de fiesta con sus compañeros de piso y ver vídeos en Youtube), resultando la mayor parte de dichas actividades carentes del valor reforzante que pudieron poseer en el pasado, puesto que ya no son novedosas para el usuario. En la *Tabla 3* se muestran las situaciones descritas en el

autorregistro de actividades agradables que se le pidió al usuario en esta tercera sesión.

- En el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II) G. obtuvo una Puntuación Total de 20, lo que indica un grado de depresión moderada, atendiendo a las directrices de puntuación de corte. Tal y cómo afirman Beck et al. (1996), se debe prestar una especial atención a la ideación suicida. Dado que el usuario concede al ítem 2 ("*pesimismo y desesperanza*") una puntuación de 2; sin embargo, en el ítem 9 ("*pensamientos o deseos de suicidio*") se observa una valoración de 0, se consideró mínima la posibilidad de una comisión de suicidio, lo cual se vio confirmado a lo largo de las diferentes sesiones de evaluación. Por otro lado, advertimos una puntuación de 2 ó 3 en los ítems 4 ("*pérdida de placer*") y 6 ("*sentimientos de castigo*").
- Por otro lado, en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) G. obtuvo una Puntuación Directa en la Escala de Ansiedad-Estado de 33 (Centil de 85) y una Puntuación Directa en la Escala de Ansiedad-Rasgo de 18 (Centil de 45). A la vista de los resultados obtenidos, se concluye que el usuario presenta una puntuación de ansiedad-estado significativamente mayor que de ansiedad-rasgo.
- Por su parte, en el Cuestionario de Habilidades Sociales, el 70,59% de las respuestas muestran una conducta social adecuada; el 17,65% indican una conducta inhibida; y el 11,11% conllevan la emisión de una respuesta ansiosa. Aunque el cuestionario cuenta con 20 ítems, en tres de ellos el cliente anotó respuestas dobles, de modo que se anularon y se consideraron 17 ítems. Tras haber cumplimentado el cuestionario, el usuario quiso añadir que consideraba que los ítems que comprendían dicho instrumento no hacían referencia a la dificultad para profundizar en las relaciones sociales y él afirmaba presentar dificultades "*para pasar de conocidos a amigos*". Por tanto, se procedió a evaluar dicho problema a través de la entrevista psicológica.
- Con respecto al Inventario de síntomas-90-Revisado (SCL-90-R) G. obtuvo las siguientes puntuaciones en cada una de las nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología e índices globales de malestar psicológico que componen dicho instrumento:

- Las puntuaciones T en las dimensiones de Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo son inferiores a 65, por lo que se concluye que no son puntuaciones de riesgo. No obstante, la puntuación T en la dimensión de Depresión se encuentra próxima a 65 (PT=58), por lo que el usuario se encuentra próximo al riesgo a presentar un trastorno depresivo.
- La puntuación T obtenida en el Índice de Severidad Global (GSI) es inferior a 65, por lo que se concluye que el nivel actual de gravedad de los síntomas que el usuario experimenta no es elevado.
- El Total de síntomas positivos (STP) o el total de ítems que tienen una respuesta superior a 0 asciende a 28. Dado que dicha puntuación es superior a 3 e inferior a 50, se concluye que el usuario no pretende mostrarse mejor de lo que realmente se encuentra o exagerar su sintomatología.
- La puntuación T obtenida en el Índice de Malestar Positivo (PSDI) es inferior a 65, por lo que se concluye que la intensidad de los síntomas es media.

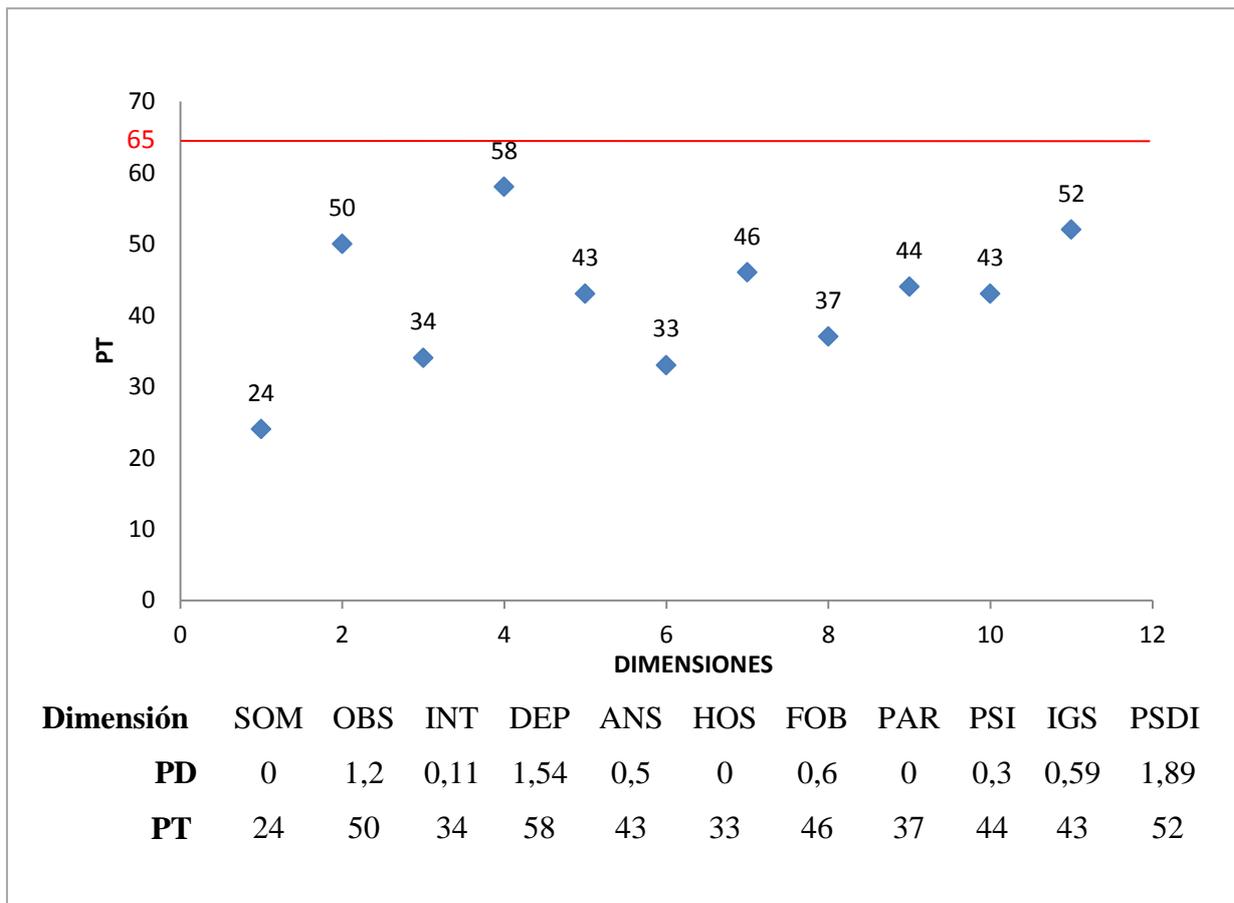


Figura2. Perfil obtenido a partir de las puntuaciones en el Inventario de síntomas-90-Revisado (SCL-90-R) (Symptom Checklist-90-Revised; Derogatis y Savitz, 2000. Adaptación española por Casullo, 2004). PD=Puntuación Directa; PT=Puntuación Típica; SOM=Somatizaciones; OBS=Obsesiones y Compulsiones; INT=Sensitividad interpersonal; DEP=Depresión; ANS=Ansiedad; HOS=Hostilidad; FOB=Ansiedad fóbica; PAR=Ideación paranoide; PSI=Psicoticismo; IGS=Índice de severidad global; PSDI=Malestar sintomático positivo.

- Finalmente, en relación al Cuestionario de Calidad de vida (WHOQOL-BREF), dado que el cuestionario no presenta puntos de corte, se propone orientar la valoración de presenta puntuaciones en general bajas. A pesar de que el cuestionario no propone ningún punto de corte y se evalúa solamente en función de que a más puntuación, mayor índice de calidad de vida, se ha propuesto orientar la valoración de la puntuación en función de la distancia de la puntuación media (50).

Formulación clínica del caso

A continuación se describe el análisis funcional de las conductas problemáticas del usuario, el cual se encuentra resumido en las Tablas 4 - 7.

Existen una serie de variables disposicionales que ayudan a entender cómo se han originado y se mantienen las conductas problemáticas de G., además de influir en éstas, aunque no forman parte directamente de las cadenas funcionales que se describen posteriormente en este apartado. Dichos factores se refieren a características estables de la persona y a circunstancias de su contexto e historia de aprendizaje. Así pues, en primer lugar, la continua tendencia del usuario a buscar una explicación a sus problemas como única forma conocida de enfrentarse a ellos es considerado como un factor importante de cara a determinar la aparición de pensamientos irracionales y desadaptativos sobre la posible causa de sus dificultades. En segundo lugar, el usuario ha comenzado recientemente un máster universitario en Biomedicina molecular en la UAM, cuyo grado de dificultad es elevado, exige la realización de múltiples tareas y genera multitud de situaciones ansiógenas. Además, el inicio de sus estudios de máster y su trabajo ha supuesto el comienzo de un nuevo período de adaptación en la vida de G., que debe habituarse a vivir en una nueva ciudad, compartir piso con personas desconocidas, conocer a nuevos compañeros de clase, etc.; y un distanciamiento de su

círculo de personas más cercano en Salamanca. En definitiva, estas variables influyen en el problema por el que el usuario acude a consulta.

En relación a las hipótesis funcionales acerca del mantenimiento de los problemas, podemos clasificar los mismos de la siguiente manera:

Área problema: Bajo estado de ánimo

Son diversos los cambios que G. advirtió tras su vuelta a España y posterior traslado a Madrid; entre ellos, pasar de realizar actividades agradables casi a diario a que sus semanas se limitasen a ir a clase y a trabajar y a salir con C. los fines de semana, ya que aún no tiene un grupo de amigos consolidado. La progresiva pérdida de oportunidades para involucrarse en actividades agradables que amplíen su repertorio de estímulos apetitivos desde que regresara de Erasmus ha supuesto una pérdida de reforzadores, afectando de manera significativa a su estado de ánimo.

| ED | RO | Consecuentes |
|--------------------------|------------------------|---------------------------|
| Falta de discriminativos | Actividades agradables | Bienestar, diversión (R+) |

Tabla 4. Hipótesis funcional del área problema: Bajo estado de ánimo. ED = Estímulo Discriminativo, RO = Respuesta Operante, R+ = Refuerzo Positivo.

Área problema: Pensar acerca de la causa de su bajo estado de ánimo

El hecho de encontrarse triste y decaído o llegar a su piso y que sus compañeros de piso no se encuentren en él actúan como estímulos discriminativos de la respuesta operante de pensar en C. como la posible causa de su bajo estado de ánimo ("*Si estoy triste es porque quizás no estoy bien con C.*"). Ante esta respuesta, la consecuencia es que G. experimenta cierta sensación de control; es decir, encuentra una explicación a sus dificultades, lo que supone un refuerzo positivo. Al mismo tiempo, esta conducta alivia leve y momentáneamente su malestar, de modo que también supone un refuerzo negativo. Sin embargo, a largo plazo, los pensamientos acerca de C. aparecen con mayor frecuencia e intensidad, dado que dicha respuesta operante es reforzada positiva y negativamente.

Así mismo, el hecho de encontrarse triste y decaído y hacer planes con C. actúan como estímulos discriminativos de la respuesta operante de pensar en su pareja como la posible causa de su bajo estado de ánimo ("*Cuando hago planes con C me surgen dudas; sin embargo, con mis amigos no*") o anticipar negativamente que se encontrará desanimado al quedar con ella ("*No sé si hoy podré estar bien con C o volveré a sentirme decaído con ella*"). Ante esta respuesta, la consecuencia es que G. experimenta cierta sensación de control; es decir, encuentra una explicación a sus dificultades, lo que supone un refuerzo positivo. Al mismo tiempo, esta conducta alivia leve y momentáneamente su malestar, de modo que también supone un refuerzo negativo. Sin embargo, a largo plazo, los pensamientos acerca de C. aparecen con mayor frecuencia e intensidad, dado que dichas respuestas operantes son reforzadas positiva y negativamente.

En otras ocasiones, el hecho de encontrarse triste y decaído y encontrarse con su pareja actúa como estímulo discriminativo de la respuesta operante de actuar con C. de manera que encaje con su creencia; es decir, G. se comporta con ella de manera diferente a como lo hacía previamente al inicio de sus dificultades; de tal manera que hace reafirmar su creencia de que C. es la causa de su malestar, lo que supone un refuerzo positivo. Al mismo tiempo esta conducta alivia leve y momentáneamente su malestar, de modo que también supone un refuerzo negativo.

Aunque con menor frecuencia que las cadenas funcionales anteriormente descritas, el hecho de encontrarse triste y decaído o llegar a su piso y que sus compañeros de piso no se encuentren en él actúan como estímulos discriminativos de la respuesta operante de pensar en la escasez de interacciones sociales como la posible causa de su bajo estado de ánimo ("*Quizás es que me encuentro solo, por eso estoy triste*"). Ante esta respuesta, la consecuencia es que G. experimenta cierta sensación de control; es decir, encuentra una explicación a sus dificultades, lo que supone un refuerzo positivo. Al mismo tiempo, esta conducta alivia leve y momentáneamente su malestar, de modo que también supone un refuerzo negativo. Sin embargo, a largo plazo, los pensamientos acerca de la escasez de interacciones sociales aparecen con más frecuencia e intensidad, dado que dicha respuesta operante es reforzada positiva y negativamente.

En definitiva, las conductas anteriormente descritas son mantenidas por contingencias reforzantes negativas y positivas, ya que a corto plazo le producen un alivio del

malestar, además de favorecer la aparición de consecuencias positivas; aunque posteriormente éstas se incrementan creando un círculo de mantenimiento que afecta a todas las áreas de su vida(ver *Tabla 5*).

| ED | RO | Consecuentes |
|---|--|--|
| Tristeza/ Malestar Llegar a su piso + Ausencia de sus compañeros | Pensar: " <i>Si estoy triste es porque quizás no estoy bien con C</i> " | Alivio malestar (R-) Encontrar una explicación a su malestar (R+) |
| Tristeza/ Malestar + Pensar en quedar con C | Pensar: " <i>Cuando hago planes con C me surgen dudas; sin embargo, con mis amigos no</i> " Anticipar negativamente: " <i>No sé si hoy podré estar bien con C o volveré a sentirme decaído con ella</i> " | Alivio malestar (R-) Encontrar una explicación a su malestar (R+) |
| Tristeza/ Malestar + Estar con C | Actuar con C de manera que encaje con su creencia (Profecía auto-cumplida) | Alivio malestar (R-) Congruencia resultados (R+):Se comporta con C de manera diferente; de tal manera que hace reafirmar su creencia de que ella es la causa de su malestar |

| ED | RO | Consecuentes |
|---|--|---|
| Tristeza/ Malestar Llegar a su piso + Ausencia de sus | Pensar: " <i>Quizás es que me encuentro solo, por eso estoy triste</i> " | Alivio malestar (R-) Encontrar una explicación |

| | | |
|------------|--|--------------------|
| compañeros | | a su malestar (R+) |
|------------|--|--------------------|

Tabla 5. Hipótesis funcional del área problema: pensar acerca de la causa de su bajo estado de ánimo. ED = Estímulo Discriminativo, RO = Respuesta Operante, R+ = Refuerzo Positivo, R- = Refuerzo negativo.

Área problema: Dificultad para conciliar el sueño

El hecho de percatarse de sus dificultades para conciliar el sueño ("*No puedo dormir*") actúa como un estímulo condicionado de la respuesta condicionada de ansiedad y malestar. Por otro lado, los pensamientos negativos sobre su relación con C. ("*Si me encuentro triste es porque mi relación con C no va bien*") y preocupaciones sobre su futuro laboral ("*No sé si encontraré trabajo*", "*Lo más probable es que necesite sacarme el doctorado para trabajar en un laboratorio*") actúan como un estímulo condicionado que genera una respuesta condicionada de ansiedad y malestar. A su vez, esta combinación de estímulo condicionado y respuesta condicionada aumentan su dificultad para dormir. Las cadenas funcionales anteriormente descritas se convierten en estímulos discriminativos de la respuesta operante de realizar ciertas actividades no inductoras del sueño, tales como, leer, darse una ducha o levantarse de la cama a beber agua. Ante dichas conductas, la consecuencia es que G. experimenta un alivio momentáneo de su malestar, lo que supone un refuerzo negativo. En el caso particular de la lectura, además de las consecuencias a corto plazo anteriormente mencionadas, esta actividad proporciona al usuario distracción y entretenimiento, lo que supone un refuerzo positivo. A largo plazo, dichas consecuencias aumentan la probabilidad de que G. recurra a este tipo de actividades no inductoras del sueño ante los estímulos discriminativos anteriormente descritos.

En definitiva, las conductas anteriormente descritas son mantenidas por contingencias reforzantes negativas y positivas, ya que a corto plazo le producen un alivio del malestar, además de favorecer la aparición de consecuencias positivas; aunque posteriormente éstas se incrementan, creando un círculo de mantenimiento que afecta a todas las áreas de su vida (ver *Tabla 6*).

| EC | RC |
|---|--------------------|
| Pensamientos (" <i>No puedo dormir</i> ") | Ansiedad, malestar |

| EC | RC |
|---|----------------------------------|
| Pensamientos negativos sobre su relación con C. (" <i>Si me encuentro triste es porque mi relación con C. no va bien</i> "), preocupación sobre su futuro laboral (" <i>No sé si encontraré trabajo</i> ", " <i>Lo más probable es que necesite sacarme el doctorado para trabajar en un laboratorio</i> "), etc. | Aumento de la ansiedad, malestar |



| ED | RO | Consecuentes |
|--------------------------|--|--|
| Cadenas anteriores EC-RC | Realizar ciertas actividades no inductoras del sueño: leer, darse una ducha o levantarse de la cama a beber agua | Alivio malestar (R-) Distracción, entretenimiento (R+) |

Tabla 6. Hipótesis funcional del área problema: dificultades para conciliar el sueño. EC = Estímulo Condicionado, RC = Respuesta Condicionada, ED = Estímulo Discriminativo, RO = Respuesta Operante, R+ = Refuerzo Positivo, R- = Refuerzo negativo.

Área problema: Dificultad para profundizar en las relaciones sociales

A lo largo de las diferentes sesiones de evaluación, G. afirmaba presentar dificultades en el área social. En concreto, refería problemas para hacer amigos o "*pasar de conocidos a amigos*". Tras la elaboración del análisis funcional, se concluyó que el usuario tiende a evitar proponer salir a sus conocidos, con el propósito de eludir un

posible rechazo por parte de la otra persona, el cual le resultaría enormemente desagradable. Así pues, en términos funcionales, G. anticipa que su propuesta para salir puede ser rechazada, lo cual actúa como un estímulo condicionado que genera una respuesta condicionada de ansiedad y malestar. Esta combinación de estímulo condicionado y respuesta condicionada actúan como un estímulo discriminativo de la respuesta operante de inhibir su comportamiento (no realizar propuestas para salir a sus conocidos). En consecuencia, su malestar disminuye, de modo que la conducta se refuerza negativamente y es más probable que vuelva a comportarse de la misma manera. A largo plazo, el hecho de no realizar propuestas para salir a sus conocidos dificulta la profundización en las relaciones sociales y G. se frustra por ello.

| EC | RC |
|---|--------------------|
| Anticipaciones negativas (" <i>Van a rechazar mi propuesta</i> ") | Ansiedad, malestar |



| ED | RO | Consecuentes |
|-----------------------|--|--|
| Cadena anterior EC-RC | Inhibir comportamiento (no proponer planes) | Alivio malestar, reducción de la posibilidad de que la propuesta de su plan sea rechazada (R-) |

Tabla 7. Hipótesis funcional del área problema: dificultades para conciliar el sueño. EC = Estímulo Condicionado, RC = Respuesta Condicionada, ED = Estímulo Discriminativo, RO = Respuesta Operante, R+ = Refuerzo Positivo, R- = Refuerzo negativo.

Objetivos terapéuticos

Una vez que G. hubo manifestado su acuerdo con la explicación del análisis funcional, se acordaron con él los objetivos terapéuticos, los cuales se operativizan del siguiente modo:

- Mejorar su estado de ánimo.

- Reducir la aparición de determinados pensamientos negativos y sustituirlos por otros más racionales.
- Mejorar sus dificultades para conciliar y mantener el sueño.
- Reducir el nivel de activación que le ocasionan las interacciones con chicas desconocidas y otras interacciones sociales.
- Aprender estrategias para profundizar en sus relaciones sociales.

TRATAMIENTO

Factores relacionados con los terapeutas

La intervención fue llevada a cabo por dos terapeutas: un terapeuta principal y una coterapeuta. El terapeuta principal, cuya orientación teórico-práctica se enmarca en el enfoque cognitivo-conductual, forma parte del equipo clínico del CPA y cuenta con seis años de experiencia profesional como psicólogo en diferentes instituciones. Por su parte, la coterapeuta era alumna de prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Autónoma de Madrid.

La coterapeuta se encargó de elaborar la planificación de las sesiones y el material que sería empleado en ellas bajo la supervisión del terapeuta principal. Con periodicidad semanal, el caso fue discutido en una sesión clínica, la cual fue diseñada con el propósito de resolver dudas acerca del desarrollo del caso, así como de la actuación de la coterapeuta.

El terapeuta principal, además de la tutorización de la coterapeuta a lo largo de las diferentes sesiones, se encargó de la dirección de las sesiones de evaluación y la exposición a situaciones ansiógenas. Por su parte, la coterapeuta llevó a cabo la devolución del análisis funcional, la evaluación del insomnio y educación en higiene del sueño, la explicación y entrenamiento de las técnicas de respiración abdominal y parada de pensamiento, la psicoeducación acerca de la influencia de los pensamientos en las emociones y conductas, la activación conductual y la redacción de informes. Así mismo, ambos se encargaron de la propuesta y revisión de autorregistros, la

reestructuración de pensamientos desadaptativos en distintos momentos de la terapia y la evaluación de las dificultades del usuario para profundizar en las relaciones sociales.

Por último, cabe destacar que, desde el principio, se creó un adecuado clima y alianza terapéutica, que facilitaron el desarrollo de la intervención.

Aplicación del tratamiento

La fase de tratamiento se llevó a cabo en 13 sesiones de 50 minutos de duración. La periodicidad de las primeras sesiones fue semanal, a excepción del período de Navidad en el que se espaciaron tres semanas. A partir de la novena sesión, éstas comenzaron a espaciarse dos semanas por motivos económicos; salvo la decimotercera sesión que, debido a la cancelación de la cita, se espació tres semanas. La intervención se inició tras tres sesiones de evaluación y una destinada a la devolución del análisis funcional. El conjunto de sesiones de tratamiento se estructuraron del siguiente modo: la revisión del período entre sesiones y de las tareas para casa propuestas durante la anterior sesión, la introducción de un nuevo objetivo terapéutico o la continuación de trabajo ya iniciado y la propuesta de nuevas tareas para la siguiente sesión. A continuación, se detalla el cronograma de las sesiones, en el que se recogen los objetivos clínicos abordados en cada sesión y las técnicas empleadas para su consecución, así como las tareas entre sesiones que se solicitaron al usuario (*Tabla 8*).

| Nº de sesiones | Objetivos | Técnicas empleadas | Tareas entre sesiones |
|---------------------------|--|--|--|
| Fase de evaluación | | | |
| 1-3 | -Obtener información sobre el motivo de consulta, historia del problema y otras áreas de la vida del usuario -Revisar el cumplimiento de las tareas | -Entrevista -Cuestionarios -Autorregistros | -Hª Biográfica -AR de malestar -AR del sueño -AR semanal de actividades diarias -Cumplimentar el Cuestionario de Habilidades Sociales (Segura, 1989) |

- 4 -Explicar el AF
 -Consensuar objetivos y técnicas de intervención

Fase de tratamiento

Módulo 1: Intervención sobre las dificultades para conciliar y mantener el sueño

- | | | | |
|-----|---|--|---|
| 5-6 | -Educar en higiene del sueño y ofrecer pautas para el control estimular -Revisar AR del sueño y la puesta en práctica de las estrategias proporcionadas | -Educación en higiene del sueño y pautas para el control estimular | -AR del sueño -Poner en práctica las estrategias proporcionadas |
|-----|---|--|---|

Módulo 2: Intervención cognitiva

- | | | | |
|------|--|--|--|
| 6-14 | -Explicar la influencia de los pensamientos en las emociones y conductas -Entrenar en parada de pensamiento -Enseñar a cuestionar pensamientos negativos -Revisar la puesta en práctica de la parada de pensamiento -Revisar la reestructuración de pensamientos negativos | -Psicoeducación -Reestructuración cognitiva -Parada de pensamiento | -Practicar la parada de pensamiento -AR de pensamientos alternativos |
|------|--|--|--|

Módulo 3: Intervención sobre el bajo estado de ánimo

- | | | | |
|------|--|------------------------|---|
| 6-14 | -Aumentar el repertorio de actividades agradables. -Aumentar la frecuencia | -Activación conductual | -Listado actividades agradables -AR de actividades agradables |
|------|--|------------------------|---|

| | |
|---|----------------------------------|
| de actividades agradables. | -Realizar la actividad agradable |
| -Revisar el cumplimiento de las tareas. | propuesta durante la sesión |

Módulo 4: Intervención sobre las dificultades para profundizar en las relaciones sociales

| | | | |
|------|--|--|---|
| 6-15 | -Entrenar en respiración abdominal -Reestructurar pensamientos negativos -Revisar AR pensamientos negativos que anteceden al momento de proponer un plan -Revisar entrenamiento en respiración abdominal y reestructuración cognitiva | -Exposición en vivo con prevención de respuesta -Respiración abdominal -Reestructuración cognitiva | -Practicar la respiración abdominal y AR -AR pensamientos negativos -AR pensamientos alternativos |
|------|--|--|---|

Tabla 8 . Cronograma de las sesiones

Dado que a lo largo de las diferentes sesiones de evaluación se exploró la presencia de conductas que pudieran estar influyendo en la calidad y cantidad de su sueño, se destinó la primera sesión de tratamiento a la propuesta de diversas pautas que pudieran solventar las dificultades de G. para conciliar el sueño; en definitiva, se inició la **Educación en Higiene del sueño y pautas para el control estimular**. Por ejemplo, se le indicó que los días en los que no consiguiera dormirse a los 15-30 minutos, en lugar de permanecer en la cama, se levantara y comenzara a realizar una actividad que no fuese estimulante (por ejemplo, leer un libro aburrido) hasta que volviese la sensación de sueño (bostezos, cabezadas, ojos cansados, etc.). Además, se le aconsejó que evitara levantarse e ir a comer o beber algo al despertarse en mitad de la noche, así como leer en la cama, consumir café durante las horas previas a acostarse o hacer ejercicio físico

durante las dos horas (o dos horas y media) previas al momento de irse a dormir y que instaurase rutinas previas al momento de irse a la cama. Al finalizar la sesión se le entregó un documento con las pautas indicadas en sesión, así como otras adicionales, y se le solicitó un autorregistro de sueño. En la siguiente sesión el propio G. destacó que sus dificultades para conciliar el sueño se habían visto reducidas durante la semana, lo cual quedó confirmado tras la revisión de la tarea que se le solicitó durante la quinta sesión. A partir de la séptima sesión, pese a que no se volvió a solicitar un autorregistro de sueño, los terapeutas evaluaron que el usuario continuaba poniendo en práctica las estrategias proporcionadas a través de la entrevista. Dicho seguimiento se llevó a cabo hasta la décima sesión. No obstante, se le aclaró que, en el caso de que sus dificultades para conciliar y mantener el sueño volviesen a producirse, se lo comunicase a los terapeutas.

En relación a la **Respiración Abdominal**, ésta fue entrenada durante la sexta sesión. Tras ensayarla, se le pidió que inicialmente pusiera en práctica dicha estrategia en situaciones que le generasen un grado de malestar bajo y que registrara su nivel de activación previo y posterior a la situación escogida en base a una escala del 0 a 10 (*Tabla 9*). A lo largo del seguimiento del entrenamiento en respiración abdominal (de la séptima a la duodécima sesión) surgieron dos tipos de problemas. El primero de ellos, de comprensión, que el usuario manifestó durante la séptima sesión: G. entendió que debía comenzar a entrenar la técnica con situaciones que le generasen un gran nivel de activación, en lugar de con situaciones que le ocasionaran un nivel de activación mínimo, por lo que durante esa semana su nivel de activación no logró descender. De cara a solventar dicho problema, se le recalcó la importancia de comenzar a practicar con situaciones que le generasen un bajo nivel de activación. La segunda dificultad, surgida durante las sesiones ocho y nueve, fue la ausencia de entrenamiento en respiración abdominal en casa debido a la incapacidad para encontrar el momento adecuado para ponerla en práctica, por lo que se le aconsejó programar una alarma diaria en el móvil. Además, le resultó difícil encontrar situaciones que le generasen un bajo nivel de activación, por lo que se le propuso subir y bajar las escaleras, con el propósito de que experimentase un nivel de activación fisiológica similar al experimentado al exponerse a una situación ansiógena y practicase la técnica en sesión. Se le pidió que, a partir de la décima sesión, la entrenara en situaciones que le generasen un nivel de activación bajo (por ejemplo, tras subir y bajar las escaleras de su edificio),

que la segunda semana lo hiciera con situaciones de activación media y que las siguientes semanas practicara con situaciones que le generasen un elevado nivel de activación. El seguimiento del entrenamiento en respiración abdominal continuó hasta la decimosegunda sesión.

| Fecha/hora | Situación | Nivel de activación previo (0-10) | Nivel de activación posterior (0-10) | Comentarios |
|------------|-----------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------|
|------------|-----------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------|

Tabla 9. Modelo de autorregistro de entrenamiento en Respiración Abdominal

Con respecto a la **Psicoeducación acerca de la influencia de los pensamientos en las emociones y conductas**, ésta fue trabajada a lo largo de la segunda sesión de tratamiento. Dado que, a raíz de las diferentes sesiones de evaluación llevadas a cabo con el usuario y la elaboración del análisis funcional, se concluyó que el objetivo prioritario de la intervención era la modificación del contenido de determinados pensamientos negativos y su sustitución por otros más racionales, se consideró conveniente que el usuario aprendiese a identificar la presencia de pensamientos negativos y la influencia que éstos tenían en sus emociones, así como en su conducta posterior; haciendo hincapié en cómo la manera en que interpretaba diversas situaciones afectaba a su estado de ánimo. Una vez que G. supo identificar sus pensamientos, se procedió a enseñarle a cuestionar su veracidad mediante la técnica de la Reestructuración Cognitiva, que se describe posteriormente.

La técnica de la **Parada de Pensamiento** fue instruida en la segunda sesión de tratamiento. Se le pidió que inicialmente practicara con pensamientos neutros o que no suscitaban en él emocionalidad (por ejemplo, narrar el argumento de una película o un libro o describir un mueble) antes de comenzar a emplearla con pensamientos negativos. Al finalizar la sesión, se entregó al usuario un documento en el que se detallaban los pasos a seguir para la correcta ejecución de la técnica (*Figura 2*). En la siguiente sesión de tratamiento el usuario mencionó que puso en práctica la técnica en varias ocasiones a lo largo de la semana. Sin embargo, el resultado no fue del todo satisfactorio; ya que, durante la descripción del estímulo neutro, le sobrevenía el pensamiento: "*Tengo que*

parar" y le resultaba imposible concentrarse en la descripción. Para solventar dicho inconveniente, se le propuso que programara una alarma en el móvil para que sonase un minuto después de que el usuario hubiese iniciado la descripción del estímulo neutro y así le sirviese de recordatorio para detener el pensamiento. Además, se le pidió que continuara practicando la técnica con estímulos neutros. En la siguiente sesión de tratamiento se observó que ponía en práctica la técnica con pensamientos negativos; más concretamente, con anticipaciones negativas referidas a su pareja del tipo "No sé si hoy estaré bien con C". Se le reforzó por ello pero también se le advirtió que, dado que aún no había entrenado la Parada de pensamiento lo suficiente, podía ocurrir que, en algunas ocasiones, la técnica aún no le resultara completamente efectiva. El seguimiento del entrenamiento en parada de pensamiento continuó hasta la décima sesión.

PASOS A SEGUIR EN EL ENTRENAMIENTO EN PARADA DE PENSAMIENTO

PASO 1: Pensar en un estímulo (por ejemplo, narrar el argumento de una película o un libro que estés leyendo, describir un mueble, etc.).

PASO 2: Cuando se considere oportuno, introducir una estimulación externa (por ejemplo, dar un golpe en la mesa, golpearse la muñeca con una goma de pelo, chasquear los dedos o darse un golpe en la pierna) acompañada de una orden verbal (por ejemplo, ¡Alto!, ¡Basta!, ¡Basta ya!, ¡Ya está bien!, ¡Stop!, ¡Para!, ¡Detente!).

PASO 3: Introducción de un pensamiento incompatible con el anterior (neutro, positivo o divertido)

Tabla 10: Documento entregado al usuario para la correcta ejecución de la técnica de la Parada de pensamiento

La técnica de la **Reestructuración cognitiva** fue introducida en la tercera sesión de tratamiento siguiendo el modelo de Beck (1976) para enseñarle a identificar, cuestionar y modificar pensamientos negativos (por ejemplo, "Me va a entrar un bajón tremendo al volver a Madrid", "Tengo miedo de quedar con C. porque no sé cómo voy a estar", "Tengo miedo a volver a serle infiel a mi pareja/ Desconfío de mí", "Me siento culpable por no haberme adaptado a Madrid como me habría gustado", etc.), sustituyéndolos por otros más realistas y útiles. Una vez que G. hubo aprendido a identificar aquellos pensamientos negativos que le generaban un elevado nivel de malestar, se le enseñó a

cuestionarlos. Cuando aprendió a hacerlo, de las sesiones 6 a la 15, se le pidió un autorregistro en el que, además de registrar sus pensamientos irracionales y el grado de credibilidad que le otorgaba a cada uno de ellos en base a una escala de 0 a 10, el usuario debía anotar la situación que ocasionó la aparición de dichas cogniciones, cómo se sintió y qué hizo; así como posibles pensamientos alternativos, el grado de credibilidad que le otorgaba a cada uno de ellos en base a una escala del 0 al 10, cómo se sintió y qué hizo tras plantearlos (*Tabla 11*). A lo largo de las sesiones, se observó que G. cada vez reestructuraba mejor sus pensamientos irracionales. La técnica de la Reestructuración cognitiva se revisó todas las semanas hasta la finalización del tratamiento. Cabe mencionar que, dado que G. fue igualmente instruido en parada de pensamiento, se le aclaró que debía detener sus pensamientos negativos en aquellos momentos en los que no tuviese oportunidad para cuestionarlos, mientras que el usuario debía poner en práctica la reestructuración cognitiva en aquellos momentos en los que tuviese ocasión para sustituir sus pensamientos negativos por otros más realistas y ajustado a la realidad; por lo que ambas técnicas resultaban compatibles.

| Fecha/hora | Situación | Pensamiento | Grado de credibilidad | Qué siento | Qué hago | Pensamiento alternativo | Grado de credibilidad |
|------------|-----------|-------------|-----------------------|------------|----------|-------------------------|-----------------------|
| | | negativo | (0-10) | | | alternativo | (0-10) |

Tabla 11. Modelo de autorregistro de pensamientos alternativos

A partir de la segunda sesión de tratamiento se acordaron pautas de **Activación conductual** ajustadas a los intereses del usuario (por ejemplo, ver series, cocinar, leer, aprender alemán, bailar, realizar actividades novedosas con C -acudir a espectáculos o exposiciones, realizar un viaje-, etc.). Así pues, con periodicidad semanal se negociaba con G. la realización de una de las actividades agradables recogidas en el listado que se le solicitó en la segunda sesión de tratamiento, además de continuar con aquéllas ya iniciadas. Con el propósito de registrar el tipo de actividades que G. debía poner en práctica a lo largo de la semana, así como el día y la hora a la que debía realizarlas, se empleó un calendario de monitorización de actividades agradables (*Tabla 11*). Además, se le pidió un autorregistro de actividades agradables (*Tabla 12*). La técnica de la Activación conductual se revisó todas las semanas desde la tercera sesión de intervención hasta la finalización del tratamiento.

| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------------|-------|--------|-----------|-------------|-------------|--------|---------|
| 8:00-9:00 | | | | | | | |
| 9:00-10:00 | | | | | | | |
| 10:00-11:00 | | | | | | | |
| 11:00-12:00 | | | | | | | |
| 12:00-13:00 | | | | | | | Cocinar |
| 13:00-14:00 | | | | | | | Cocinar |
| 14:00-15:00 | | | | | | | |
| 15:00-16:00 | | | | | | | |
| 16:00-17:00 | | | | | | | |
| 18:00-19:00 | | | | Balon-cesto | Balon-cesto | | |

| | | | | | | |
|-------------|---------|------|------|-------------|-------------|---------------------|
| 20:00-21:00 | | | | Balon-cesto | Balon-cesto | |
| 22:00-23:00 | Cocinar | | | Balon-cesto | Balon-cesto | Ir al teatro con C. |
| 23:00-00:00 | | Leer | Leer | | | Ir al teatro con C. |
| 00:00-8:00 | | | | | | |

Tabla 12. Modelo de calendario de monitorización de actividades agradables y ejemplos representativos de las situaciones descritas (sesión 9)

| | Nº de actividades agradables | Grado de satisfacción al finalizar el día |
|-----------|------------------------------|---|
| Lunes | 1 | 6 |
| Martes | 2 | 6 |
| Miércoles | 2 | 6 |
| Jueves | 2 | 6 |
| Viernes | 4 | 8 |

| | | |
|---------|---|---|
| Sábado | 5 | 9 |
| Domingo | 3 | 7 |

Tabla 13. Modelo de autorregistro de actividades agradables y ejemplos representativos (sesión 9)

Finalmente, se emplearon técnicas de **exposición con prevención de respuesta**, con el propósito de que G. se enfrentase a situaciones que implicaban la presencia de un gran número de chicas desconocidas, así como a la propuesta de planes a conocidos, que desencadenaban reacciones de ansiedad y malestar. Previamente, se trabajó con el usuario el cuestionamiento de aquellos pensamientos negativos o irracionales que impedían que se expusiese a dichas situaciones temidas, tales como "*Dudo de mí*" o "*Van a rechazar mi propuesta*", respectivamente. Así pues, una vez que el usuario fue capaz de cuestionar este tipo de cogniciones, se le instó a que se expusiese a las situaciones anteriormente mencionadas y que se mantuviese en la situación hasta que el nivel de activación hubiese disminuido, ayudándose de la técnica de la respiración abdominal.

Por último cabe señalar que, dado que no se llevaron a cabo sesiones de seguimiento, no fue posible comprobar que los resultados se mantenían estables en el tiempo una vez finalizada la intervención y que el usuario continuaba poniendo en práctica las diferentes estrategias aprendidas durante el tratamiento. Así mismo, no se pudieron abordar posibles dificultades que pudieran aparecer tras varias semanas de espaciamiento sin intervención.

DISEÑO DEL ESTUDIO Y RESULTADOS

En este estudio se ha empleado un diseño de caso único (N = 1) del tipo A-B (León y Montero, 2015). Previa y posteriormente al inicio de la fase de tratamiento, se administraron al usuario cinco cuestionarios; a saber, el Inventario de depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger,

Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983), el Cuestionario de Habilidades Sociales (Segura, 1989), el Inventario de síntomas - 90 - Revisado (Derogatis, 1994) y la Escala de calidad de vida (OMS, 2004) para medir la presencia y gravedad de los síntomas típicos de la depresión, el nivel de ansiedad como estado transitorio (ansiedad-estado) y como rasgo latente (ansiedad-rasgo), el modo en que la persona reacciona con frecuencia ante una serie de situaciones sociales de la vida diaria, la presencia de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y la calidad de vida percibida por la persona evaluada, respectivamente. Así mismo, se evaluó el número de pensamientos negativos que el usuario presentaba a lo largo de la semana y los pensamientos alternativos que generaba para cada uno ellos, la cantidad de tiempo transcurrido desde que G. se iba a la cama hasta que conseguía dormirse y la frecuencia de despertares a lo largo de la noche, así como el número de actividades agradables en las que el usuario se implicaba y el grado de satisfacción subjetivo que éstas le suscitaban al finalizar el día; información recogida en los autorregistros de pensamientos alternativos, del sueño y de actividades agradables, respectivamente. A continuación, se recogen los resultados de esta intervención, los cuales en algunos casos se representan de manera gráfica con el propósito de que los cambios puedan apreciarse visualmente.

En el Inventario de depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996), mientras que en la medida pre-tratamiento G. obtuvo una puntuación total de 20, lo que indica un grado de depresión moderada, en la medida post-tratamiento dicha puntuación total se redujo a 4, lo que indica un grado de depresión mínima. Así mismo, cabe destacar que, mientras que en la medida pre-tratamiento el usuario otorgó una puntuación de 2 ó 3 a los ítems 2 ("pesimismo"), 4 ("pérdida de placer") y 6 ("sentimientos de castigo"), en la medida post-tratamiento G. les concedió una puntuación de 0.

Con respecto al Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, Vagg y Jacobs, 1983), la comparación de las medidas pre y post-tratamiento muestra una disminución de la puntuación en la Escala de Ansiedad-Estado (de centil 85 a centil 10; puntuaciones directas de 33 a 7, respectivamente), así como en la Escala de Ansiedad-Rasgo (de centil 45 a centil 4; puntuaciones directas de 18 a 7, respectivamente).

En cuanto a las medidas post-tratamiento en el Cuestionario de Habilidades Sociales (Segura, 1989), el 93,33% de las respuestas muestran una conducta social adecuada y el

6,67% indican una conducta inhibida. Ninguna respuesta indicó la presencia de conductas ansiosas o inhábiles. En esta ocasión, en 5 de los 20 ítems que componen el instrumento, el usuario anotó respuestas dobles, de modo que se anularon y se consideraron 15 ítems. Las medidas pre-tratamiento se obtuvieron considerando 17 ítems, dado que G. marcó dos opciones de respuesta. Si anulamos los ítems en los que el usuario marcó en alguna ocasión (pre o post-tratamiento) respuestas dobles, se obtiene la comparativa de resultados que se representa en la *Figura 5*. A la vista de los resultados obtenidos, en comparación con las medidas pre-tratamiento, las respuestas sociales adecuadas han aumentado, mientras que las respuestas que denotan inhibición o ansiedad han disminuido. Por su parte, al igual que en la medida pre-tratamiento, el usuario no ha señalado ninguna respuesta que indique la presencia de conductas inhábiles.

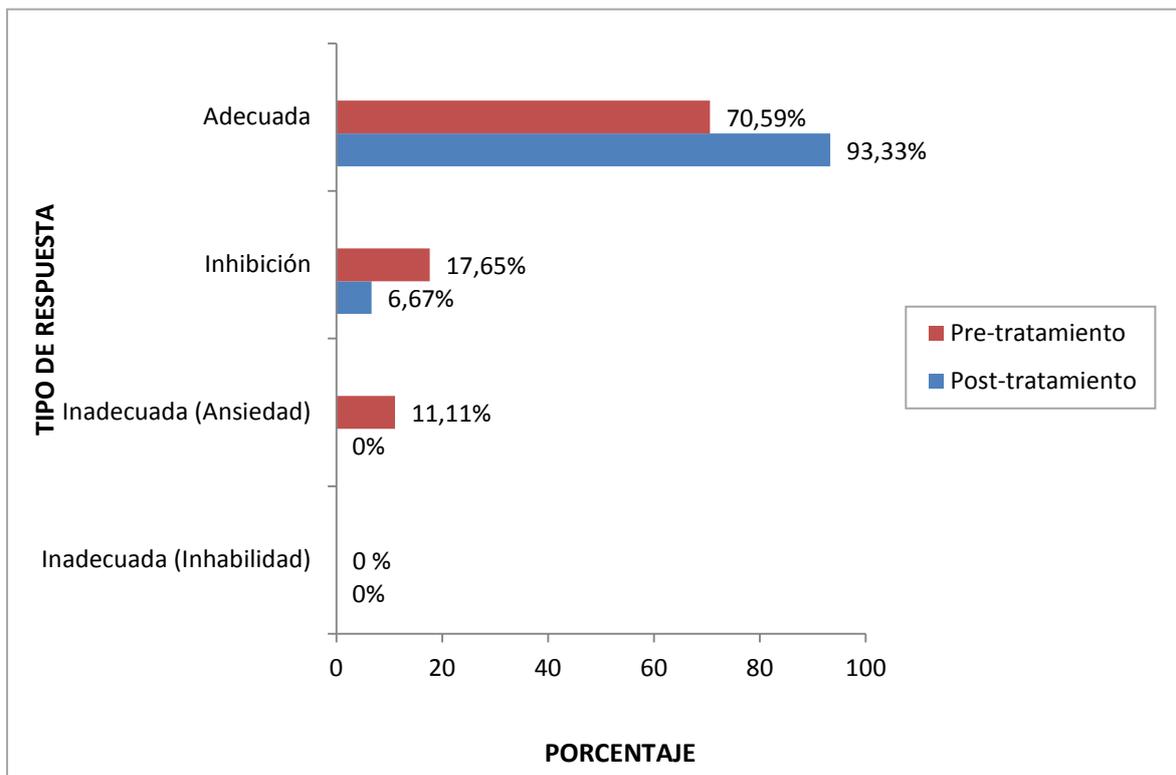


Figura 4. Resultados pre y post-tratamiento en el Cuestionario de Habilidades Sociales (Segura, 1989).

En relación a la medida post-tratamiento del Inventario de síntomas - 90 - Revisado (Derogatis, 1994), G. obtuvo las siguientes puntuaciones en cada una de las nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología e índices globales de malestar psicológico que componen dicho instrumento:

- Las puntuaciones T en las dimensiones de Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo, al igual que ocurrió en la medida pre-tratamiento, son inferiores a 65, por lo que se concluye que no son puntuaciones de riesgo. No obstante, se observa que las puntuaciones de las dimensiones anteriormente mencionadas han disminuido tras el tratamiento; a excepción de la dimensión de Somatizaciones, que ha aumentado ligeramente.
- Así mismo, la puntuación T obtenida en el Índice de Severidad Global (GSI) también se ha reducido. Dado que dicha puntuación es inferior a 65 se concluye que el nivel de malestar general que el usuario experimenta no es elevado.
- El Total de síntomas positivos (STP) o el total de ítems que tienen una respuesta positiva o, lo que es lo mismo, superior a 0 asciende a 6. Dado que dicha puntuación es superior a 3 e inferior a 50, al igual que ocurrió en la medida pre-tratamiento, se concluye que el usuario no pretende mostrarse mejor de lo que realmente se encuentra o exagerar su sintomatología. En comparación con la medida pre-tratamiento, se observa que dicha puntuación es notablemente más baja (STP (Pre-) =28, STP (Post-) = 6).
- La puntuación T obtenida en el Índice de Malestar Positivo (PSDI) es inferior a 65, por lo que se concluye que la intensidad de los síntomas es media. Dicha puntuación ha disminuido en comparación con la medida pre-tratamiento.

A continuación, la *Figura 5* muestra gráficamente la comparación de las medidas pre y post-tratamiento en el Inventario de síntomas - 90 - Revisado (Derogatis, 1994):

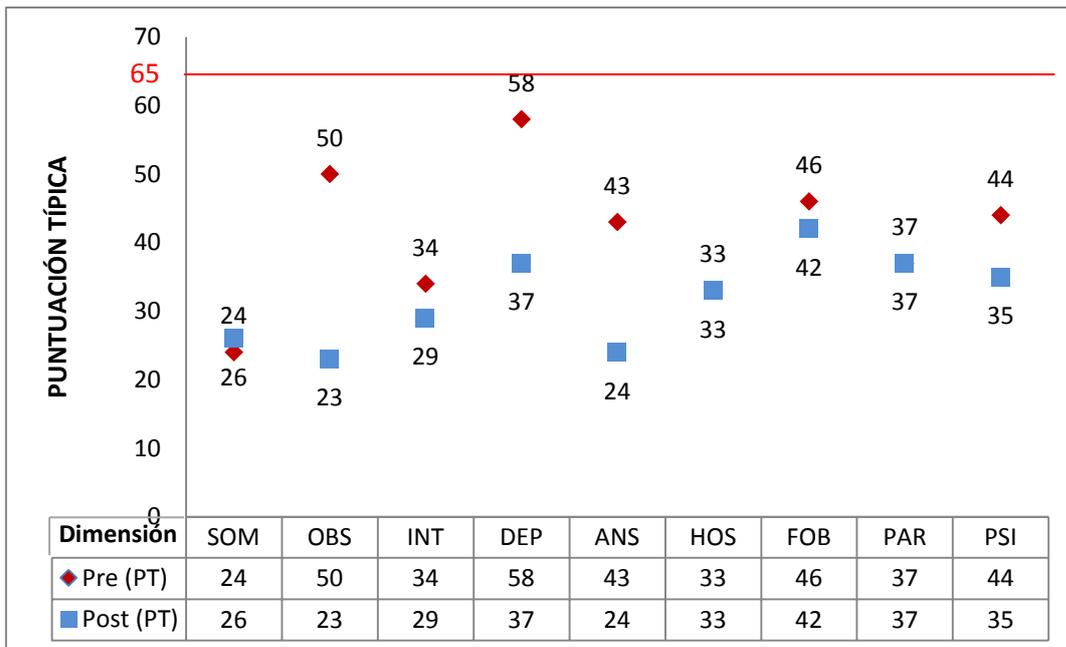


Figura 5. Resultados pre y post-tratamiento en el Inventario de síntomas - 90 - Revisado (Derogatis, 1994)

Con respecto a la Escala de calidad de vida (OMS, 2004), la comparación de las medidas pre y post-tratamiento muestra un aumento de la puntuación en el conjunto de dominios que componen esta escala (salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y ambiente). Dicha comparativa de resultados se muestra en la Figura 6.

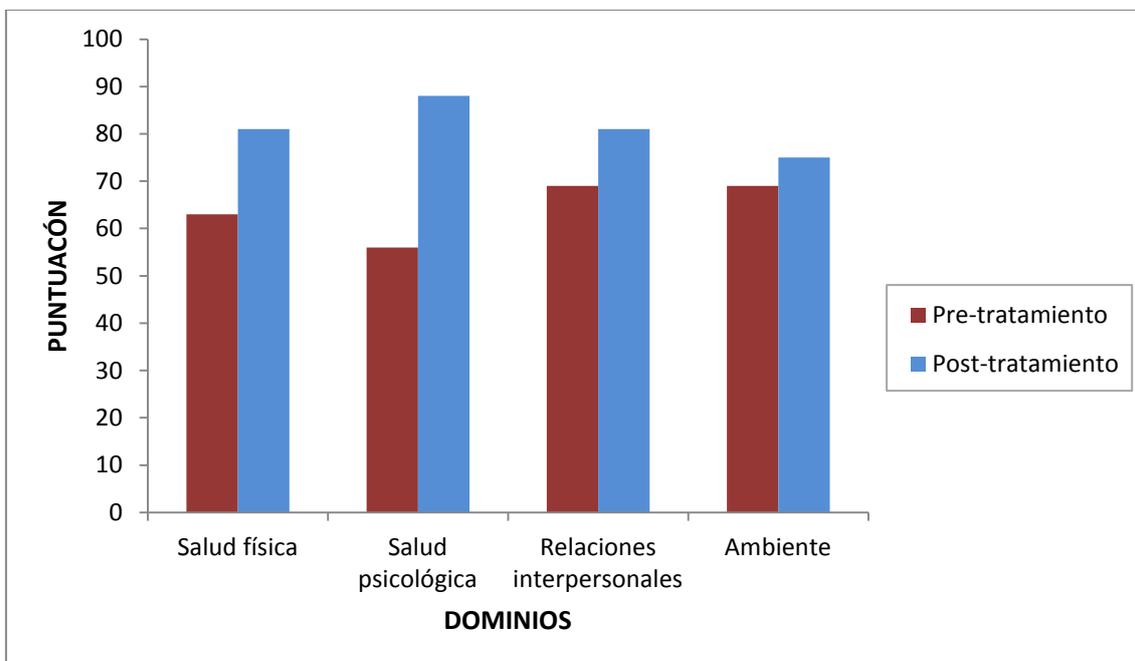


Figura 6. Resultados pre y post-tratamiento en la Escala de calidad de vida(OMS, 2004)

Además de los resultados de los cuestionarios anteriormente mencionados, disponemos de la información recogida en los autorregistros semanales que el usuario realizaba. Así pues, el autorregistro de pensamientos alternativos fue cumplimentado de manera ininterrumpida desde la sexta sesión hasta que dicha fase hubo finalizado. Tal y como se puede observar en la *Figura 7*, mientras que en los autorregistros de malestar se observa una media de cinco pensamientos negativos a la semana, la revisión de los diferentes autorregistros de pensamientos alternativos muestra una disminución de este tipo de cogniciones; en concreto, dicha cifra descendió a tres.

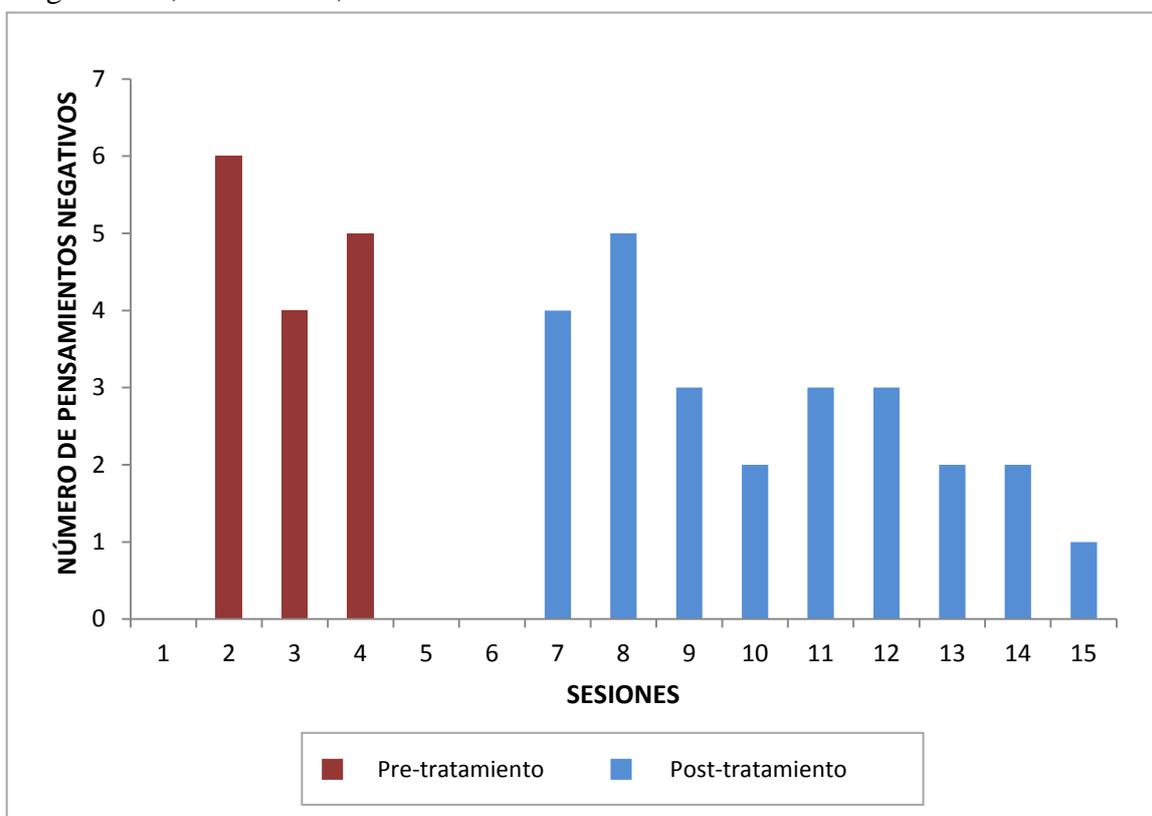


Figura 7. Número de pensamientos negativos recogidos en los AR de malestar (fase de evaluación) y AR de pensamientos alternativos (fase de tratamiento)

A lo largo del tratamiento se pudo comprobar que se produjeron cambios importantes en la interpretación de diversas situaciones por parte de G. Así, en la *Tabla 14* se muestran varias verbalizaciones recogidas en los autorregistros de malestar que se le solicitaron a lo largo de las tres sesiones de evaluación mantenidas con el usuario, así como aquellas relativas a la misma temática recogidas en los autorregistros de pensamientos

alternativos que se le solicitaron durante la fase de tratamiento, separadas según la problemática:

| EVALUACIÓN: PENSAMIENTOS INICIALES | TRATAMIENTO: PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS |
|--|--|
| Bajo estado de ánimo | |
| "No sé si hoy estaré bien con C." | "No puedo adivinar el futuro", "Lo más probable es que no me encuentre mal con ella; ya que, desde que nos conocemos, la mayoría de los días me he encontrado bien con ella" |
| "Si estoy triste es porque mi relación con C. no va bien" | "Hay otras áreas de mi vida que pueden estar influyendo en que me encuentre triste, no únicamente mi relación con C." |
| Culpa | |
| "Desde lo ocurrido en verano, me siento culpable y dudo de mí. No sé si volveré a serle infiel a mi novia" | "Lo más probable es que no vuelva a serle infiel a mi novia, ya que he conocido a otras chicas desde verano y no ha vuelto a pasar nada" |
| "Me siento culpable por haber estado mal estos meses" | "No soy responsable de no haber sabido gestionar mi vuelta del extranjero meses atrás" |
| Interacciones sociales | |
| "No propongo planes a ningún conocido porque los rechazarán" | "Si no lo intento, no puedo saber si aceptarán o rechazarán mi propuesta" |

Tabla 14. Verbalizaciones pre y post-tratamiento referidas por el usuario sobre diversas problemáticas

En relación al autorregistro de sueño solicitado durante las sesiones 3 (fase de evaluación) y 5 (fase de tratamiento), en las *Figuras 10* y *11* queda reflejada la mejora de las dificultades de G. para conciliar y mantener el sueño. Se puede observar que

previamente al inicio de la fase de tratamiento las medidas de tiempo antes de conciliar el sueño y número de despertares eran superiores a las medidas obtenidas tras la intervención en esta área. Así, una vez que el usuario comienza a implementar las diversas pautas que se le proporcionaron durante la quinta sesión, se produce una disminución del tiempo transcurrido desde que G. se va a la cama hasta que consigue dormirse (que se redujo de una media de 1 hora y 30 minutos a una de 30 minutos), así como del número de despertares durante la noche (que disminuyó de una media de 1,71 a una de 0,57).

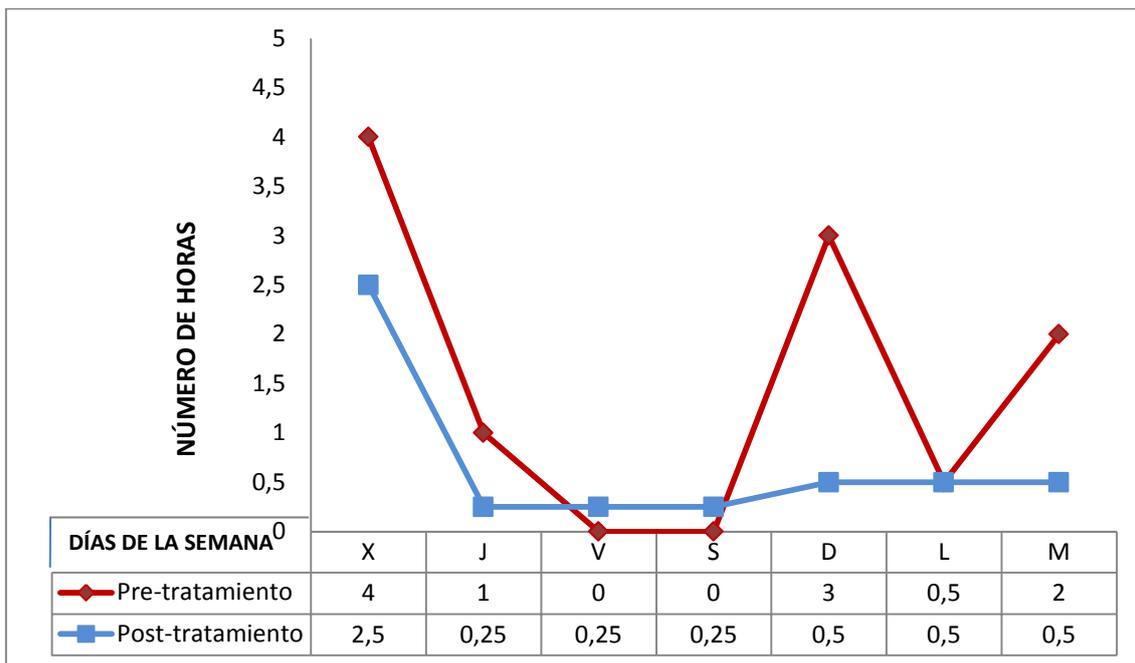


Figura 10. Tiempo transcurrido desde que G. se va a la cama hasta que consigue dormirse (sesiones 3 - pre-tratamiento - y 6 - post-tratamiento -)

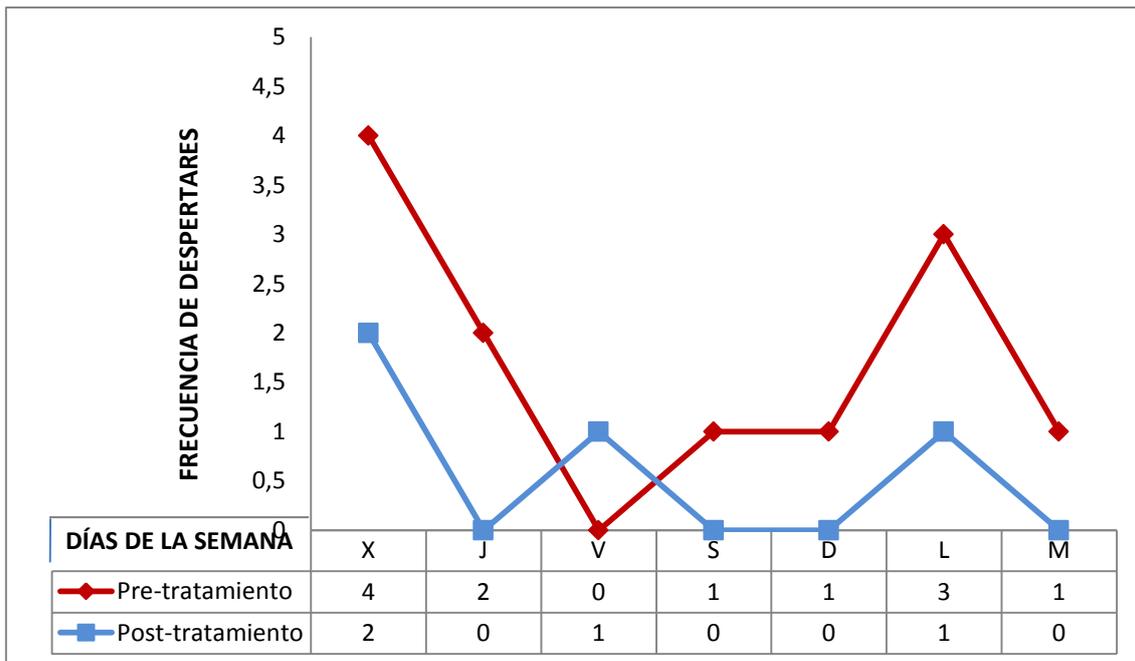


Figura 11. Número de despertares a lo largo de la noche (sesiones 3 - pre-tratamiento - y 6 - post-tratamiento -)

Finalmente, a raíz de la intervención, G. aumentó su repertorio de actividades gratificantes, ya que comenzó a realizar actividades agradables en solitario (tales como jugar al baloncesto, leer o cocinar), así como algunas actividades agradables en pareja como acudir a ver espectáculos o viajar. La *Figura 11* muestra la comparativa del número medio de actividades agradables en las que el usuario se involucraba semanalmente antes y después del tratamiento (sesiones 3 y 15, respectivamente).

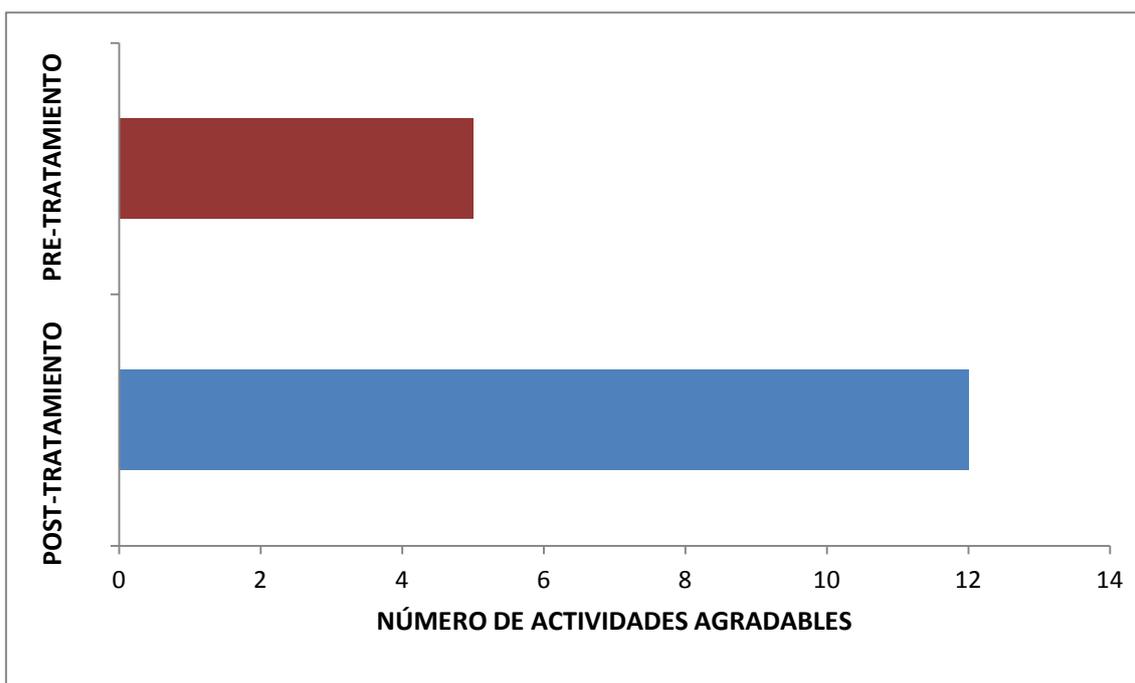


Figura 12. Número de actividades agradables que el usuario realiza semanalmente antes y después de iniciar el tratamiento (sesiones 3 - pre-tratamiento - y 15 - post-tratamiento -)

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir que se han alcanzado con éxito los objetivos terapéuticos acordados con el usuario una vez que la fase de evaluación hubo concluido, por lo que podemos afirmar que el tratamiento ha sido efectivo o clínicamente útil. A medida que el proceso terapéutico fue avanzando, se observaron mejorías notables, las cuales fueron percibidas a través de la revisión de los autorregistros y la comparación de los cuestionarios pre y post-tratamiento, la observación en sesión y el discurso del consultante. En concreto, los cambios que se produjeron en relación a los objetivos consensuados con el cliente tras la finalización del período de tratamiento fueron los siguientes:

- Se produce una mejora de su estado de ánimo.
- Disminuye la frecuencia de aparición de pensamientos negativos. Así mismo, el contenido de este tipo de pensamientos es modificado y sustituido por otro más racional y ajustado a la realidad; es decir, el usuario considera la posibilidad de que existan múltiples interpretaciones ante un mismo acontecimiento.
- Se produce una reducción del nivel de activación que le producen determinadas interacciones sociales, por lo que disminuyen las conductas de evitación asociadas a este tipo de situaciones y se incrementa el número de interacciones sociales en las que el usuario se involucra. Además, el usuario aprende estrategias para profundizar en las relaciones sociales.
- Disminuyen sus dificultades para conciliar y mantener el sueño.

Con respecto al primer objetivo, los cambios en su estado de ánimo se han visto reflejados en los instrumentos de evaluación anteriormente mencionados. Así pues, a partir de los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996), se concluye que el estado de ánimo del usuario ha mejorado, dado que el grado de depresión se redujo de depresión moderada a mínima depresión. Con certeza,

son diversos los factores que han contribuido a la mejora del estado de ánimo de G.: la progresiva implicación del usuario en actividades que le resultaban placenteras, tanto aquellas que había abandonado (por ejemplo, leer o cocinar), como aquéllas que siempre había querido realizar (por ejemplo, aprender alemán o asistir a clases de baile); la considerable reducción de la frecuencia de aparición de pensamientos negativos/ irracionales, así como la puesta en práctica de las herramientas para el cuestionamiento de este tipo de cogniciones y su posterior sustitución por otras más racionales y ajustadas a la realidad y la exposición a determinadas situaciones sociales, lo cual se tradujo en el aumento de las interacciones sociales. En definitiva, la consecución de este objetivo se debe, en gran medida, al éxito sobre el resto de objetivos terapéuticos. Por otro lado, el cuestionario SCL-90-R evidencia una mejoría general en todos los índices. En concreto, resulta conveniente destacar que la comparación de medidas pre y post-tratamiento revela una disminución de la puntuación T obtenida en la dimensión de Depresión.

Los autorregistros y las verbalizaciones referidas por el usuario a lo largo del tratamiento también proporcionan información relevante acerca del proceso de cambio en el estado de ánimo de G. Así pues, tal y como se observa en el autorregistro de actividades agradables, al finalizar el tratamiento se observa un incremento notable en el número de actividades agradables en las que G. se involucra, así como el grado de bienestar subjetivo percibido al finalizar el día. Además, son diversas las verbalizaciones referidas por el usuario que evidencian dicha mejora en su estado de ánimo como, por ejemplo, "*Me encuentro de mejor ánimo*" y "*He retomado aficiones que, desde hacía un tiempo, había abandonado, lo cual hace que me sienta de mejor ánimo*".

En lo que refiere al segundo objetivo, se consiguió reducir la frecuencia de aparición de determinados pensamientos negativos a través del entrenamiento en Parada de pensamiento. Además, G. adquirió determinadas estrategias, con el propósito de cuestionar este tipo de pensamientos, lo cual ha conllevado a la emisión de verbalizaciones más realistas y ajustadas a la realidad por parte del usuario. La información recogida en los autorregistros de pensamientos alternativos evidencian de manera detallada dicho cambio.

Por otro lado, con respecto al tercer objetivo, las verbalizaciones referidas por el usuario evidencian una disminución de las conductas de evitación asociadas a diversas situaciones, a saber, interactuar con chicas desconocidas y otras interacciones sociales ("*Después del partido, mis compañeros quisieron ir a tomar algo con un grupo de chicas que yo no conocía. Aunque pensé en irme a casa, finalmente me quedé*"); además de un incremento en el número de interacciones sociales en las que se involucra ("*La semana pasada le propuse quedar a tomar algo a mi compañero de trabajo y aceptó*"). Los resultados obtenidos en el Cuestionario de Habilidades Sociales (Segura, 1989), van en la misma línea: parece que las habilidades sociales del usuario han mejorado, puesto que han aumentado las respuestas asertivas, al mismo tiempo que las respuestas que denotan inhibición o ansiedad han disminuido. Por su parte, al igual que en la medida pre-tratamiento, el usuario no presenta conductas inhábiles.

Finalmente, con respecto al cuarto objetivo, a partir de la revisión de los autorregistros del sueño, se observa una clara mejora en sus patrones de sueño; en concreto, una disminución del tiempo transcurrido desde que G. se va a la cama hasta que consigue dormirse, así como del número de despertares durante la noche.

Pese a que no hemos utilizado indicadores estadísticos que confirmen si hay cambios significativos en este nivel, podemos valorar los cambios logrados por el usuario como clínicamente significativos. Los terapeutas, mediante la revisión de las tareas entre sesiones, así como mediante la observación y a través del discurso del consultante, valoran de manera positiva la evolución de su problemática, que se ha materializado en la consecución de los objetivos que se propusieron inicialmente. A medida que el proceso terapéutico fue avanzando, G. emitía un mayor número de verbalizaciones de satisfacción con respecto a la terapia; en concreto, con los resultados del tratamiento. G. aprendió a gestionar determinados pensamientos negativos y sustituirlos por otros más racionales y ajustados a la realidad, a poner en práctica determinadas estrategias para mejorar sus dificultades para conciliar y mantener el sueño, así como para profundizar en sus relaciones sociales y a involucrarse en un mayor número de actividades agradables, lo cual ha supuesto una mejora de su estado de ánimo. Así pues, podemos concluir que, para el cliente, el tratamiento también cuenta con significación clínica.

Estos resultados se encuentran en la línea de las numerosas investigaciones que evidencian que la Terapia Cognitivo-Conductual resulta ser eficaz en su aplicación a

múltiples problemas psicológicos, entre los que se encuentran los trastornos depresivos (Nathan y Gorman, 2015; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2004; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). La evaluación inicial del usuario muestra síntomas tales como estado de ánimo deprimido, disminución del interés por determinadas actividades, culpabilidad e insomnio. Dichas manifestaciones clínicas son congruentes con las recogidas en la literatura relativa a la sintomatología propia de este tipo de problemática (Pérez y García, 2001). En definitiva, los resultados obtenidos en el presente estudio se hallan en consonancia con diversas investigaciones en las que se obtiene una mejora de la sintomatología depresiva tras una intervención cognitivo-conductual (Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016; Rosique y Sanz, 2013; Echeburúa, Salaberría, De Corral et al., 2000), en los cuales se observa la tendencia a incluir en este tipo de intervenciones las siguientes estrategias: programa de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, terapia de autocontrol, terapia de solución de problemas o reestructuración cognitiva, algunas de las cuales han sido empleadas en este trabajo y detalladas en profundidad en el apartado referido al tratamiento del caso. No obstante, son frecuentes las ocasiones en las que los profesionales se encuentran con dificultades para determinar qué tipo de estrategias emplear, en función de la problemática particular de cada usuario. En este caso, a diferencia de la intervención propuesta en las guías de tratamiento eficaces, no se emplearon el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia de autocontrol o la terapia de solución de problemas. En su lugar, se estimó oportuno el entrenamiento en parada de pensamiento, la cual no es sugerida en los paquetes estandarizados de tratamiento para el Trastorno de depresión mayor, aunque diversos estudios abogan por su empleo con clientes que presentan dicha problemática (Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás, 2005; Lozano, Rubio y Pérez, 1999).

Así pues, en este caso, el análisis funcional tuvo un papel fundamental, pues algunas de las ventajas de su uso fueron permitir guiar la toma de decisiones durante el proceso de intervención, además de favorecer el diseño específico del tratamiento (Pardo y Calero, 2015). Ambos terapeutas decidieron dar prioridad a la mejora de sus dificultades para conciliar y mantener el sueño, debido a que dicha problemática comenzaba a afectar a otras áreas de su vida. Así pues, durante el proceso de evaluación, el usuario mencionó que habitualmente llegaba tarde a clase porque se quedaba dormido u obtenía peores resultados en los exámenes del máster, ya que era incapaz de concentrarse mientras

estudiaba porque se encontraba cansado. La elaboración del análisis funcional evidenció la presencia de ciertas rutinas que no favorecían la conciliación y mantenimiento del sueño. Cabe mencionar que la terapia cognitivo-conductual también ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de insomnio (Ashworth et al., 2015; Taylor y Roane, 2010; Díaz y Pareja, 2008), algo que se ve reflejado en los resultados del caso aquí presentado.

Además, tras la elaboración del análisis funcional, se evidenció el enorme peso que el trabajo con determinados pensamientos desadaptativos referidos por G. tendría en la intervención. Se observó que, ante diversas situaciones, este tipo de pensamientos actuaban como respuestas operantes que favorecían el alivio de su malestar, explicaban su bajo estado de ánimo o ayudaban al mantenimiento de este estilo cognitivo (profecía auto-cumplida), tal y cómo comentábamos en el apartado referido a la formulación clínica del caso. De este modo, se instruyó al usuario en la técnica de la reestructuración cognitiva, con el propósito de que comprendiera la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas, que aprendiera a cuestionarse cogniciones desadaptativas y a generar pensamientos alternativos. Finalmente, la revisión del Cuestionario de Habilidades Sociales (Segura, 1989) evidenció que el porcentaje de habilidades sociales adecuadas era notablemente superior que el de conductas inadecuadas e inhábiles, por lo que la elaboración del análisis funcional resultó esencial de cara a inferir la influencia que ejercían determinadas cogniciones en la inhibición de la conducta de proponer un plan a conocidos.

Los resultados expuestos en este estudio deben ser considerados teniendo en cuenta sus limitaciones metodológicas, las cuales deberían ser solventadas en el caso de futuras repeticiones. Así pues, con respecto a la fase de evaluación, el cuestionario de Habilidades Sociales (Segura, 1989) se caracteriza por la ausencia de datos acerca de la fiabilidad y la validez. Por tanto, el empleo de otro instrumento de evaluación de las habilidades sociales, cuyas propiedades psicométricas se mostrasen adecuadas, hubiera resultado más apropiado. Así mismo, hubiera sido adecuado realizar un mejor seguimiento del objetivo referido a la exposición del usuario a determinadas situaciones sociales, mediante el empleo de autorregistros, pues únicamente disponemos de las verbalizaciones a lo largo de las sesiones en las que se trabajó dicho objetivo terapéutico para valorar su consecución. Por otro lado, otra importante limitación es la ausencia de seguimiento, lo que imposibilita comprobar el mantenimiento de los efectos

terapéuticos a largo plazo. Sin embargo, esto no fue posible pues, en el momento en el que este estudio fue redactado, la intervención había finalizado esa misma semana. Aun así, ambos terapeutas consideran conveniente realizar un seguimiento del caso, el cual se llevará a cabo un mes y tres meses después de la última sesión de tratamiento mantenida con el usuario. Además, aunque el tratamiento cuenta con significación clínica, no podemos concluir que sea eficaz; es decir, que los resultados sean superiores al no tratamiento, al placebo y/o a un tratamiento alternativo (Bados, García y Fusté, 2002).

Así mismo, dado que nos encontramos ante un estudio de caso único con un diseño A-B, la generalización de los resultados a otros individuos resulta dificultosa, afectando a la validez externa del estudio (Ferro y Vives, 2004).

Por otro lado, la eficiencia de una intervención hace referencia a los costes y beneficios para el cliente y para la sociedad generados por la aplicación de una intervención (Bados, García y Fusté, 2002). En este caso, no podemos valorar la eficiencia del tratamiento, pues para ello hubiera ayudado compararlo con los costes y beneficios aportados por otros tratamientos posibles, como por el ejemplo el farmacológico.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones mencionadas, los estudios de caso resultan muy útiles desde el punto de vista aplicado, pues permiten a los profesionales de la psicología clínica transmitir sus experiencias de forma sistemática y que otros profesionales puedan entenderlas y discutir las, favoreciendo el acercamiento entre teoría y práctica de la psicología clínica (Buela-Casal y Sierra, 2002). Como conclusión, cabe mencionar que el presente estudio de caso resulta relevante por los siguientes aspectos. En primer lugar, el hecho de que el trabajo se encuentre centrado en un único caso ha permitido la descripción detallada del proceso terapéutico llevado a cabo con un cliente diagnosticado de un trastorno de depresión mayor. En lo que refiere a la fase de evaluación, esta fase ha permitido la combinación de información tanto cuantitativa como cualitativa, ambas importantes para la correcta comprensión de un caso clínico y que resultaron en la formulación de un análisis funcional que guió la intervención. Además, desde la primera sesión mantenida con el usuario hasta que el tratamiento hubo concluido, se realizó un seguimiento semanal de los cambios a través de la revisión de autorregistros y tareas para casa. Con respecto a la fase de tratamiento, se detallan los intentos de solución llevados a cabo ante la presencia de dificultades a lo largo del

tratamiento. En definitiva, el proceso terapéutico recogido en el presente estudio puede ser considerado de utilidad clínica para profesionales que se encuentren con problemáticas similares a las presentadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Antón-Menárguez, V., García-Marín, P. V. y García-Benito, J. M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3, 45-52. Recuperado de: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf

Ashworth, D. K., Sletten, T. L., Junge, M., Simpson, K., Clarke, D., Cunningham, D. y Rajaratnam, S. M. W. (2015). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for insomnia: An effective treatment for comorbid insomnia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 115-123. doi: 10.1037/cou0000059

Bados, A. García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 477-502.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.

Blatt, S., Zuroff, D., Bondi, C. y Sanislow, C. (2000). Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research*, 10, 215-234. doi: 10.1080/713663676

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos-Cubero, N (2011). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.

- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 525-532.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Cardila, F., Martos, A., Barragán, A. B., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M. y Gázquez, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5, 267-279. doi: 10.1989/ejihpe.v5i2.118
- Centro de Psicología Aplicada (2012). *Historia Biográfica*. Recuperado el 20 de Marzo de: http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/historia_biografica_adultos.pdf.
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R. Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. En M. Maruish (Ed.), *Psychological Testing, Treatment Planning and Outcome Assessment*. Nueva York: Erlbaum.
- Derogatis, L. R. (2001). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)*. Madrid: TEA.
- Díaz, M. S. y Pareja, J. A. (2008). Tratamiento del insomnio. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32, 116-122. Recuperado de: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratInsomnio.pdf
- Díaz, M. I., Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Madrid: Desclee de Brouwer.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schamaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., Rizvi, S. L., Gollan, J. K., Dunner, D. L. y Jacobson, N. S. (2008). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.468

- Durand, V. M. (1987). "Look homeward angel": A call to return to our (Functional) roots. *Behavioral Analyst*, 10, 299-302
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., Cenea, R. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 509-535.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudios de casos*. Madrid: Pirámide.
- Ferro, R. y Vives, M. C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panacea*, 5, 97-99. Recuperado de: http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n16_tradyterm_FerroG-VivesM.pdf
- Forteza, S. y Vara, M. (2000). Dos formas de presentar los resultados del análisis funcional de las conductas problema. *Psicothema*, 12, 260-266.
- Franzen, P. L. y Buysse, D. J. (2008). Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10, 473-481.
- Froján, M. X. y Santacreu, J. (2008). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gállego, J., Toledo, J. B., Urrestarazu, E. y Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 19-36.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherata M. y Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72. Doi: 10.1016/S0165-0327(97)00199-7
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., Autonell, J., Domingo, A., Ferrer, M., Márquez, M., Muñoz, P. E., Ramos, J., Reneses, B., Romera, B. y Usall, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451. doi: 10.1157/13086324

- Haynes, S. N., Godoy, A. y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (1990). The functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 10*, 649-668.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (2000). *Principles and Practices of Behavioral Assessment*. New York: Plenum/Kluwer Press
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J. Grove, W. M. y Tuason, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry, 49*, 774-781.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K. y Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 42*, 236-243. doi: 10.1037/0033-3204.42.2.236
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W. y Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies, 3*, 37-48. doi: 10.1177/1534650103258969
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D. y McNeil, D. W. (2003). A brief behavioural activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification, 27*, 458-469. doi: 10.1016/S1077-7229(01)80022-5
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. y Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and intervention in developmental disabilities, 2*, 3-20. doi: 10.1016/0270-4684(82)90003-9
- Keawéaimoku, J., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud, 24*, 117-127. doi: 10.1016/S1130-5274(13)70013-6

- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2004). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- León, O. G. y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lozano, J. F., Rubio, E. M. y Pérez, M. A. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7, 471-499.
- Martell, C. R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía práctica*. Madrid: Desclee de Brouwer.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, A. D. y Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2015). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pardo, R. y Calero, A. (2015). Dificultades en la intervención psicológica de un caso clínico complejo de ansiedad y obsesiones: la importancia del análisis funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41, 17-39.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (2004). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Perlis, M. L. (2009). *Insomnio. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento*. Madrid: Desclee de Brouwer.

- Rodríguez-Testal, J. F., Senín-Calderón, C. y Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 221-231. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.05.002
- Rosique, M. T. y Sanz, T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39, 17-23.
- Rush, A. J., Kovacs, M., Beck, A. T., Weissenburger, J. y Hollon, S. D. (1981). Differential effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 3, 221-229.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *Inventario de depresión de Beck-II*. Madrid: Pearson.
- Segura, M. (1989). *Cuestionario de habilidades sociales*. Manuscrito no publicado. Madrid: Luria.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1995) *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Universidad de Granada.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Summers, M., Crisostomo, M. y Stepanski, E. (2006). Recent developments in the classification, evaluation and treatment of insomnia. *Chest Journal*, 130, 276-286. doi: 10.1378/chest.130.1.276
- Taylor, D. J. y Roane, B. M. (2010). Treatment of insomnia in adults and children: a practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1137-1147. doi: 10.1002/jclp.20733
- Vallejo, J. y Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L., y Hervás, G. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez (Eds.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 201-231). Madrid: Pirámide.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 1* (pp. 141-163). Madrid: McGraw-Hill.

Vázquez, C. y Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 2* (pp. 233-269). Madrid: McGraw-Hill.

Virués-Ortega, J. y Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 567-587.