
INTERVENCIÓN
COGNITIVO-
CONDUCTUAL EN UN
CASO CLÍNICO DE
TRASTORNO
ADAPTATIVO CON
SÍNTOMAS
DEPRESIVOS

COGNITIVE-BEHAVIORAL
INTERVENTION IN A
CLINICAL CASE OF
ADAPTATIVE DISORDER
WITH DEPRESSIVE
SYMPTOMS



Leidy Tatiana Castañeda Quirama
*Institución Universitaria Politécnico
Grancolombiano - Bogotá*
email: lcastaneda@poligran.edu.co

RESUMEN

Se presenta la intervención en un caso clínico (mujer, 52 años) diagnosticada con un trastorno adaptativo, con sintomatología depresiva. Se expone el proceso de evaluación, el modelo explicativo y el tratamiento cognitivo-conductual seguido, adaptando distintas técnicas a las características del paciente (diferentes tipos de reestructuración, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de inoculación al estrés). Se analizan los síntomas fisiológicos, motores y cognitivos, y la relación funcional entre éstos con la manifestación del trastorno. Se exponen asimismo los determinantes, antecedentes y consecuentes de la conducta

ABSTRACT

The intervention is presented in a clinical case (female, 52 years old) diagnosed with an adaptive disorder, with depressive symptoms. The evaluation process, the explanatory model and the cognitive-behavioral treatment followed are presented, adapting different techniques to the characteristics of the patient (different types of restructuring, training in social skills and stress inoculation techniques). The physiological, motor and cognitive symptoms and their functional relationship with the manifestation of the disorder are analyzed. The determinants, antecedents and consequences of the

problema. El tratamiento se presenta como eficaz, ya que la evaluación pre y post-tratamiento, permitió una remisión total de los síntomas depresivos que en el momento inicial de la consulta eran severos, según las puntuaciones obtenidas en el BDI-II (Inventario de Depresión de Beck) y el BHS (Inventario de desesperanza de Beck). Los resultados ponen de manifiesto la eficacia de las técnicas implementadas e implican un punto de referencia para adecuar los planes de tratamiento en este tipo de casos, puesto que no existe un tratamiento de elección basado en la evidencia para estos trastornos, sino recomendaciones generales producto de estudios de investigación aislados.

PALABRAS CLAVE

Trastorno Adaptativo, Terapia Cognitivo-Conductual, Depresión, Caso Clínico.

problem behavior are also presented. The treatment is presented as effective, since the pre and post-treatment evaluation, allowed a total remission of the depressive symptoms that at the initial moment of the consultation were severe, according to the scores obtained in the BDI-II (Beck Depression Inventory) and the BHS (Beck Hopelessness Inventory). The results show the effectiveness of the techniques implemented and imply a reference point for adapting treatment plans in this type of case, since there is no evidence-based treatment of choice for these disorders, but rather general recommendations resulting from isolated research studies.

KEYWORDS

Adaptive Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy, Depression, Clinical Case.

INTRODUCCIÓN

La terapia cognitiva es uno de los tipos de psicoterapia que más se ha desarrollado en los últimos años, tanto a nivel teórico e investigativo, como aplicado. Los hallazgos encontrados en lo que se conoce como ciencias cognitivas en general y procesamiento de la información en particular, ha permitido el desarrollo de modelos de evaluación e intervención clínica cada vez más eficientes.

El psicólogo clínico, debe, por tanto, contar con modelos que le permitan intervenir en la prevención y manejo de los trastornos, creando en los pacientes estilos de afrontamiento cognitivos, emocionales y comportamentales que favorezcan una mejor calidad de vida. El presente esquema de conceptualización de caso clínico responde a un modelo y una teoría específica, que en este caso es la psicoterapia cognitiva. (Riso, 2006, Beck y Dozois, 2011).

El estudio de caso (EC) que será presentado a continuación se enmarca bajo un modelo cognitivo y hace parte de una metodología de investigación empleada

con gran frecuencia en la Psicología Clínica y en otras áreas de la psicología. Ahora bien, investigadores y profesionales inscritos en este campo han otorgado cada vez más importancia al estudio de caso único para el desarrollo de un conocimiento base en el área, puesto que, durante los últimos años se han registrado importantes avances metodológicos y conceptuales en la investigación de este tipo de estudios, en tanto que proporcionan un conocimiento base en la investigación terapéutica, que es imposible de obtener mediante diseños de estudio grupal. (Edwards, et al., 2004; Martínez, 2006, Zohn, et al., 2018, Rodríguez, 2018).

Scandar (2014), señala que los hallazgos obtenidos mediante los EC se sitúan en un punto de encuentro entre las proposiciones teóricas y las observaciones del terapeuta, lo cual permite contrastar, refutar o modificar las teorías psicológicas en función de los resultados clínicos obtenidos.

El método de estudio que será planteado a lo largo de este trabajo sigue los parámetros de formulación de caso propuesto por Beck (2000) que pretende aplicar el modelo de la Terapia cognitiva a un Trastorno Adaptativo, el cual se caracteriza por una reacción de desajuste que es manifestado a partir de respuestas emocionales y conductuales, desarrolladas en respuesta a uno o más estresantes identificables. En ocasiones estos síntomas emocionales pueden ser de tipo ansioso o depresivos y se producen como consecuencia de agentes estresantes psicosociales. (APA, 2013).

Se presentará entonces, un programa de tratamiento cognitivo-conductual diseñado bajo el modelo terapéutico propuesto por Beck (2000), a partir del cual, se analizarán las variables que influyen en la aparición y mantenimiento de un Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos. Además, se planteará un modelo de intervención que hace especial énfasis en el manejo del estrés, ya que la reacción de desajuste característica de los TA surge como consecuencia de errores en el procesamiento de la información sobre el evento estresante (especialmente por el sesgo cognitivo de impredecibilidad y ausencia de control) (Clark y Beck, 2012).

Este trabajo, implica un punto de referencia para adecuar los planes de tratamiento en este tipo de casos, debido a que a pesar de que las terapias cognitivo-conductuales, han arrojado resultados favorables en la intervención de este tipo de patologías, no existe un tratamiento de elección basado en la evidencia para estos trastornos, sino que existen recomendaciones generales, junto con algunos estudios de investigación aislados sobre el tema. Por tanto, no hay datos que puedan apoyar la elección de una determinada estrategia terapéutica (Domínguez, et al., 2017; Rachyla, 2018; Martínez, 2017).

A lo anterior, se agrega que la literatura sobre los planes de tratamiento de los TA, ponen en evidencia que éstos forman parte de una entidad clínica escasamente atendida en el campo de intervención, ya que los enfoques de tratamiento se limitan a aplicar alguna intervención concreta (como la relajación) o se adaptan a protocolos que son diseñados para otro tipo de trastornos (como la terapia de Beck para la depresión). Vallejo y Pérez, (2015), mencionan que, en la intervención de este tipo de trastornos, se emplean técnicas cognitivo-conductuales como el entrenamiento en solución de problemas, intervenciones basadas en *mindfulness*; psicoterapia interpersonal, terapias grupales de apoyo, terapia familiar y técnicas de desensibilización. Estos autores, además, señalan que existen pocos estudios longitudinales que analicen qué variables predicen una mejor o peor evolución en este tipo de pacientes. Por otro lado, debido a la escasez de trabajos sobre los tratamientos y a la falta de existencia de un consenso basado en la evidencia sobre intervenciones efectivas, la elección de la intervención es una decisión del profesional clínico.

Cabe mencionar que la mayoría de los estudios sobre los TA, son circunstanciales y poseen importantes deficiencias metodológicas, entretanto algunos consisten en estudios de casos aislados, otros utilizan técnicas que no cuentan con un apoyo empírico adecuado y otros, se concentran en objetivos restrictivos, como la disminución de síntomas (Andreu, 2011).

Partiendo de las limitaciones en el conocimiento sobre la intervención de pacientes con TA, el presente estudio de caso, pretende incidir en la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el abordaje de los TA, pues a pesar de los pocos estudios que se centran en el tratamiento de este tipo de trastornos, este tipo de terapia no sólo permite al paciente disminuir su sintomatología, sino que además le permite reestructurar sus creencias centrales e intermedias.

Abordar los aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos que presentan los pacientes con TA y síntomas depresivos, permite reestructurar los sesgos cognitivos de los que se derivan las estrategias de afrontamiento que mantienen y exacerban su sintomatología. Lo anterior, sugiere entonces que en tanto el modelo cognitivo favorezca la reestructuración y la adquisición de habilidades de solución de problemas por parte del paciente, existirá mayor probabilidad de remisión de los síntomas y un afrontamiento más adaptativo de su situación problemática.

Con base a estos planteamientos, el estudio de caso que se expondrá a continuación ilustrará a la comunidad terapéutica y docente acerca de cómo la terapia cognitivo-conductual podría convertirse en una estrategia de intervención

eficaz para los TA, lo cual a su vez ofrece directrices para planificar la actividad profesional de terapeutas e investigadores interesados en contribuir a los avances metodológicos y conceptuales para la intervención de pacientes que presenten este diagnóstico, pues a pesar de la gravedad de los síntomas y la elevada incidencia que se le atribuye a los TA, estos trastornos han sido poco estudiados debido a la ambigüedad que genera su especificación diagnóstica, y a los pocos instrumentos clínicos que permiten su identificación.

Lo anterior logrará, además, generar un importante impacto social, debido a que como apuntan varias investigaciones, los TA constituyen uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria y su diagnóstico cuenta con una importante popularidad entre los profesionales que se desempeñan en el área clínica (Martínez, 2017; Martínez, 2018, Vallejo y Pérez, 2018, Quero, et al., 2017).

HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE

Información de identificación

La consultante es una mujer de 52 años, divorciada, que vive con su hija de 18 años. Actualmente es pensionada y trabaja en su propio negocio de repostería.

Queja principal

La paciente buscó tratamiento, debido a que, en las dos semanas anteriores a la primera cita de psicoterapia, incremento su sintomatología depresiva como consecuencia de los constantes conflictos con su hija. Reporta que “la relación con mi hija va de mal en peor, yo ya no sé qué hacer, no soporto esto que me está sucediendo”.

Historia del problema actual

En mayo de 2012 la paciente empezó a manifestar síntomas depresivos (tristeza, llanto, disminución del apetito y del sueño) a raíz de los problemas constantes entre ella y su hija. En el momento inicial de la consulta sus síntomas incluían:

- *Síntomas emocionales:* Tristeza, ansiedad y falta de interés en casi todas las actividades.

- *Síntomas Cognitivos*: Dificultad para recordar las cosas, percepción de baja autoeficacia y pensamientos de catastrofización.
- *Síntomas conductuales*: Llanto, aislamiento social.
- *Síntomas Fisiológicos*: Dificultad para dormir, frecuentes dolores de cabeza y disminución del apetito.

Los principales estresores en su vida eran los familiares y económicos. Desde que su hija empezó la relación con su novio los conflictos empezaron a incrementar: “yo no soporto que mi hija me diga mentiras, para mí su pareja es una mala persona”. Decía sentirse sola y poco apreciada por su hija pues “a ella no le importa lo que yo sienta, ella me trata mal y me dice que no quiere ser como yo”. Solía obtener satisfacción significativa de su trabajo previo como docente, pero renunció a su empleo para dedicar más tiempo a su hogar.

En lo referente a su situación económica, la consultante reportaba sentir una gran angustia por no tener ingresos que le permitieran sostener los estudios de su hija y apoyar a su madre: “cada vez que pienso en mis ingresos económicos me siento más deprimida, es como si ya no pudiera ver nada positivo en mi vida”.

En 1995 estuvo asistiendo a tratamiento psiquiátrico, debido a que se sintió muy decaída luego de la ruptura de su relación de pareja. Comenta que le prescribieron sertralina, pero dice que sólo la ingirió durante un mes, debido a los efectos secundarios del medicamento (incremento de las migrañas, sensación de mareo).

En enero de 2012 la paciente asiste a cinco sesiones de psicoterapia, pero refiere que abandonó el proceso, debido a que no experimentaba ninguna mejoría en su estado anímico. En mayo de 2012 la paciente asiste a consulta de evaluación por psiquiatría y le administran midazolam (5 mg.), Rivotril® (2,5 mg.) y sertralina (50 mg.). Luego de 4 días de su último episodio depresivo, le prescriben fluoxetina (20 mg., 1 en la mañana) y clonazepam (0.5 mg., 1 comprimido en la noche)

La paciente presentó adherencia al tratamiento psiquiátrico con fluoxetina (20 mg., 1 comprimido en la mañana) y amitriptilina (20 mg., 1 comprimido en la noche) durante 6 meses.

Historia psiquiátrica

El primer episodio depresivo ocurrió en 1995, debido a la ruptura de su relación de pareja. Comenta que asistió a tratamiento psiquiátrico, pero no tuvo

adherencia a la medicación: “a pesar de que no recibí ayuda profesional, poco a poco fui saliendo de esa gran angustia que sentía”.

El 24 de mayo de 2012, asiste a consulta de evaluación psiquiátrica con un estado de ánimo deprimido e ideación suicida, luego de enterarse que su hija le miente para verse con su novio y que sostiene relaciones sexuales con él. Se deja en observación ambulatoria durante un día y se le administra midazolam (dosis única 5mg.), Rivotril® (2,5 mg.) y sertralina (50 mg.).

Luego de 4 días del episodio (29 de mayo, 2012), es hospitalizada nuevamente durante 1 día y refiere la persistencia de la relación conflictiva con su hija, aumento de su estado de ansiedad, irritabilidad, hiporexia, dolor generalizado, insomnio global y temblor en reposo. Se le prescribe fluoxetina (20 mg., 1 comprimido en la mañana) y clonazepam (0.5 mg., 1 comprimido en la noche).

El 15 de junio de 2012, asiste a consulta de seguimiento y ante la mejoría de su sintomatología, le prescriben fluoxetina (20 mg.) y clonazepam (0.5 mg. $\frac{1}{2}$ -0-1), medicamentos que le son retirados en diciembre del mismo año, debido a la remisión total de los síntomas.

Historia personal y social

La consultante señala que fue la tercera de tres hijos. Considera que fue rechazada por su padre y hermana mayor “por ser la más gordita”. Refiere que con sus hermanos nunca tuvo una relación estrecha, ya que no tenían gustos en común. “Actualmente nos la llevamos muy bien, pero yo toda la vida sentí que era diferente a ellos y que no me querían”.

Menciona haberse sentido infeliz durante su infancia y adolescencia, puesto que era quien tenía que responsabilizarse de los asuntos del hogar, además, siempre percibió que su madre prefería a su padre por encima de ella: “yo siempre me sentí como un estorbo para mi mamá; aunque mi papá la dejó, ella lo seguía buscando y permitía que él me tratara mal”. Describe a su padre como una persona estricta y distante. “Cuando yo lo veía me daba miedo y también mucha rabia”. De su madre dice que es una persona controladora, poco afectuosa y depresiva.

La paciente refiere que tenía escasas relaciones sociales, debido a que sus compañeros del colegio la rechazaban por su apariencia física: “yo recuerdo que era el objeto de burla en el colegio por mi apariencia física”. Durante toda su vida sintió escaso interés por asistir a reuniones sociales o familiares: “yo siempre había sido muy sola, no me interesaba actuar como los demás sólo por quedar bien”.

Según expresa, siempre se caracterizó por ser una excelente estudiante. Cursó su carrera como licenciada en Educación Escolar y trabajo durante 14 años como docente de lengua castellana en un colegio. Allí siempre fue considerada como “una persona estricta y de excelentes valores”. Expresa que, a pesar de su exigencia, sus alumnas sentían un gran aprecio hacia ella.

Menciona que a los 17 años tuvo una relación de pareja durante un periodo de dos años, la cual terminó debido a que los padres de su novio estaban en desacuerdo con ésta: “el amor de mi vida siempre fue mi primer novio, incluso nosotros nos queríamos casar, pero los papás de él nos separaron”.

Se casó a los 20 años con un hombre del que, según comenta, nunca estuvo enamorada. Señala que su esposo era despreocupado por los asuntos del hogar y además le era infiel. Ella sentía que debía aguantarse los malos tratos que recibía, puesto que deseaba que su hija creciera al lado de su padre. Cuando finalmente decidió separarse atravesó un episodio depresivo, ya que sentía que nunca había sido feliz: “ahí fue cuando me di cuenta una vez más que siempre iba a ser infeliz”.

En enero 2012 la consultante se encontró nuevamente con el novio que tuvo durante su adolescencia y mantuvieron una relación durante 8 meses. Esta relación finalizó debido a que esta persona se encontraba casada y esta situación incrementaba su malestar, especialmente los sentimientos de culpabilidad: “él es un apoyo en este momento de mi vida, pero no puedo seguir así, me hace sentir peor”.

En lo que respecta a la relación con su hija, señala que siempre se había caracterizado por el afecto y la confianza, pero cuando ella inicia la etapa de la adolescencia empiezan a aparecer diversas situaciones conflictivas entre ellas.

Historia médica

La paciente refiere que desde hace aproximadamente 9 años sufre de migraña. Esta condición médica podría afectar su funcionamiento psicológico, puesto que “hace aún más intolerables las situaciones estresantes que atravieso” (incrementa el nerviosismo y la fatiga). El tratamiento médico prescrito fue naproxeno (20 mg.) para combatir aparición y severidad de la sintomatología.

El síndrome de intestino irritable que presenta la paciente también podría alterar su funcionamiento psicológico, debido a que, dentro de la sintomatología médica de esta enfermedad, se encuentra el incremento del estrés emocional. No reporta antecedentes médicos familiares significativos.

Tabla 1. Pruebas aplicadas a la paciente.

PRUEBA	FECHA	PUNTAJE	RESULTADO
BDI-II	18/05/2012	30	Sintomatología depresiva severa.
BDI-II	31/05/2012	35	Sintomatología depresiva severa.
BHS	31/05/2012	6	Síntomas leves.
BDI-II	2/06/2012	29	Sintomatología depresiva.
BHS	2/06/2012	3	Síntomas leves.
BDI-II	9/06/2012	25	Sintomatología depresiva moderada.
BHS	9/06/2012	3	Síntomas leves.
BDI-II	16/06/2012	18	Sintomatología depresiva leve.
BAI	16/06/2012	14	Sintomatología ansiosa moderada.
BDI-II	21/07/2012	14	Sintomatología depresiva leve.
BHS	21/07/2012	3	Síntomas leves.
BDI-II	4/08/2012	5	Síntomas depresivos leves.
BDI-II	18/08/2012	3	Síntomas depresivos leves.
BDI-II	22/09/2012	0	Sin síntomas depresivos.
BDI-II	27/10/2012	0	Sin síntomas depresivos.
Escala satisfacción tratamiento	4/11/2012	60	Alta satisfacción con los resultados obtenidos a partir del tratamiento.

Diagnóstico diferencial

Teniendo en cuenta que el presente estudio de caso es sobre un TA con sintomatología depresiva, es importante señalar que un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (APA, 2013)

En este caso particular la paciente no cumple con los siguientes criterios de episodio depresivo mayor: agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse casi cada día, pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan

específico o un plan específico para suicidarse. La sensación de fatiga y la pérdida del apetito que reporta la paciente, se presentan sólo de manera ocasional.

La aparición de los síntomas emocionales y comportamentales que manifiesta la paciente en respuesta al estresante, tuvieron aparición dentro de los 3 meses siguientes a la aparición del estresor y no durante un período de 2 semanas, que representaban un cambio respecto a la actividad previa, como lo especifican los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor.

Observaciones sobre el estado mental

Durante la primera consulta la paciente se encontraba orientada, con un estado de ánimo deprimido, adecuada presentación personal, eulálica, y con llanto profuso durante toda la consulta.

FORMULACIÓN DEL CASO

Precipitantes

Las frecuentes peleas con su hija, su relación de pareja y la preocupación por las dificultades económicas y por el estado de salud de su madre, detonaron la aparición de los síntomas depresivos que presenta la paciente. Sin embargo, el descubrimiento de las mentiras por parte de su hija, y el enterarse de que ésta mantiene relaciones sexuales con su novio, detonaron la gravedad de los síntomas manifestados.

Además de no sentirse amada ni aceptada por parte de su hija, la consultante refiere una alta preocupación porque su hija consume drogas o quede embarazada, puesto que, según ella, los amigos y la pareja de su hija “tienen una apariencia desagradable y que genera mucha desconfianza”. Desde que esta idea se volvió recurrente, la consultante empezó a sentirse mucho más angustiada y empezaron a desarrollarse otros síntomas depresivos.

Visión transversal de las cogniciones y conductas actuales

Una situación problemática recurrente, es cuando su hija le pide permiso para salir con sus amigos. Al enfrentarse a esta situación aparecen los siguientes pensamientos automáticos: “demás que va a salir con esos drogadictos, mi hija se va a perder en ese mundo”; “a ella no le importa que yo me quede aquí sola y preocupada; yo podría estar muriéndome y ella preferiría a sus amigos”.

Emocionalmente, se siente triste, aparece la migraña y su conducta es encerrarse en su cuarto a llorar.

Una segunda situación habitual consiste en pensar que su hija no está asistiendo a la universidad para irse para la casa de su novio todas las tardes. Sus pensamientos automáticos son: “me está mintiendo, ella no llegó temprano porque tuviera trabajos como me dijo, sino porque no fue a la universidad por irse a ver con ese muchacho”; “si ella queda embarazada el problema va a ser para mí, no lo podré soportar; soy una mala mamá”. Luego se siente angustiada y llama insistentemente a su hija, exigiéndole que regrese a la casa. Una tercera situación es cuando ve a su hija con su pareja, su pensamiento automático es que “ella me odia, así como yo odiaba a mi mamá”. Siente tristeza, decepción y rabia, y cuando su hija regresa a la casa le recrimina que no le importe todo lo que ella se ha esforzado por ser una buena madre.

Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos

La paciente refiere que creció con un padre demandante y emocionalmente distante. Su madre era poco afectiva y le exigía cumplir con todas las demandas que le hacía su padre, sólo para que éste se sintiera complacido. A edad temprana desarrolló la creencia de que era defectuosa y de que siempre debía exigirse y mantener el control en todo lo que hiciera, puesto que sólo así podría evitar ser abandonada o que todo empeorara.

Estas creencias fueron fortaleciéndose por las comparaciones que realizaba su padre entre ella y su hermana mayor, por las constantes burlas sobre su apariencia física por parte de sus compañeros del colegio, y por las cada vez mayores exigencias domésticas y académicas que le hacía su madre: “yo era o me sentía como un estorbo, sólo servía para cocinarles a mis hermanos y estudiar; me sentía inmensamente infeliz”.

A partir de las experiencias tempranas, la consultante desarrolló las siguientes creencias centrales: “soy defectuosa”, “nunca seré amada”. De ahí se derivaron sus creencias intermedias: “debo exigirme en todo lo que haga, de lo contrario, los demás se darán cuenta de mis fracasos y de mi defectuosidad”; “si tengo el control, evitaré que los demás me abandonen o dejen de quererme”. Sus estrategias conductuales compensatorias incluyen el ser demasiado exigente, rígida y controladora en su relación con los demás, especialmente con su hija.

Obstáculos

En la fase inicial del proceso, a la paciente se le dificultaba ceñirse a la estructura de las sesiones, especialmente en la discusión de la agenda, pasaba de un tema a otro o profundizaba demasiado en algún acontecimiento que no era relevante para la cita. Se replanteó entonces la importancia de abordar cada ítem de la estructura y dedicar el tiempo suficiente a los asuntos que realmente se debían discutir. A pesar de la dificultad que representaba para la paciente describir las situaciones de una manera más precisa, poco a poco se fue adaptando al cumplimiento de la agenda y, finalmente, se optimizó el tiempo para cada sesión de psicoterapia.

Otro de los obstáculos presentados en el momento inicial de la terapia, hizo referencia a que la paciente atribuía poca credibilidad a los planteamientos que la terapeuta le hacía con respecto a la disfuncionalidad de sus estrategias para enfrentar la situación conflictiva con su hija. Lo anterior se debió a que según la paciente “alguien que no tiene hijos es incapaz de comprender realmente lo que me pasa”. Para dar solución a esta situación, se discutió con la paciente su planteamiento (a través del diálogo socrático) y, finalmente, se llegó a la conclusión de que la efectividad del tratamiento no dependía de las experiencias personales del terapeuta, sino de su profesionalismo, dedicación y formación académica. A medida que la paciente iba reconociendo el inadecuado manejo que le estaba dando a la problemática con su hija (a través de discusiones basadas en la evidencia y la utilidad de sus estrategias de afrontamiento) incrementó la confianza en su terapeuta y mejoró la adherencia al tratamiento.

Resultados

La sintomatología depresiva de la consultante se redujo gradualmente durante un período de 4 meses, hasta alcanzar la remisión total de los síntomas. Las citas se realizaron una vez por semana, finalizando con un total de 16 sesiones de psicoterapia.

Para dar consecución a los objetivos terapéuticos planteados, inicialmente se estableció una alianza terapéutica adecuada, de tal manera que se facilitó realizar el proceso de psicoeducación. Se le explicó el concepto de TA y el modelo cognitivo de la depresión, haciendo énfasis en cómo sus interpretaciones influían en sus emociones y conductas, y por ende en el incremento de su sensación de malestar. Se discutió el concepto de “esquema depresógeno” y “triada cognitiva” y, luego, se pasó a la identificación de aquellas distorsiones cognitivas que mantenían y

perpetuaban sus síntomas depresivos. Se utilizó como herramienta el autorregistro de pensamientos disfuncionales.

A continuación, se mencionan las principales distorsiones identificadas en la paciente:

- *Catastrofización.* “Si a mi hija no le importa lo que yo le diga es porque nunca me ha querido, ella me odia”; “si mi hija queda embarazada o se va de la casa yo me muero”.
- *Abstracción selectiva.* “Ese muchacho nada bueno le puede ofrecer a mi hija” (La paciente desestimaba el hecho de que el novio de su hija era un estudiante universitario y que además se responsabilizaba de su hogar).
- *Razonamiento emocional.* “Toda mi familia me dice que yo magnifico las cosas y que en la realidad no son tan graves, pero yo siento que sí lo son, nadie puede entenderlo”.
- *Deberías.* “Yo debo evitar que mi hija se involucre en problemas”; “si tengo el control evitaré que los demás me abandonen o que suceda una catástrofe”.

En la siguiente fase de la terapia, se trabajó en la modificación de sus pensamientos automáticos disfuncionales y se realizó un entrenamiento en habilidades de solución de problemas y de asertividad, con el fin de promover el establecimiento de acuerdos entre ella y su hija que permitieran tener mejorías en la convivencia.

Luego de que la paciente identificó que algunas de sus conclusiones eran incorrectas, accedió establecer acuerdos. Su hija asistió a cuatro de las citas de psicoterapia y, a partir del trabajo conjunto, pactaron compromisos que permitieron mejorar la convivencia en el hogar.

Compromisos por parte de la hija:

- a. “No mentir para verme con mi novio”.
- b. “Asistir al ginecólogo y empezar a planificar”.
- c. “Compartir más tiempo con mi mamá y ayudarle en los asuntos del hogar”.
- d. “No gritar. Cuando me sienta muy alterada me retiraré un momento y después retomaré la discusión”.
- e. “Tratar de ser más comprensiva con mi mamá, para ella ha sido difícil esta situación y está atravesando por una depresión”.
- f. “Cumpliré con los horarios acordados. Cuando realmente se me presente un inconveniente para cumplirlos le avisaré a mi mamá”.

Compromisos de la consultante:

- a. "No gritar. Cuando me sienta muy alterada me retiraré un momento y después retomaré la discusión (*acting-out*)".
- b. "Me daré la oportunidad de conocer al novio de mi hija, quizás no sea una mala persona".
- c. "Evitaré emitir juicios de valor, sin tener evidencia de que las cosas sean así".
- d. "Intentaré comprender y confiar más en mi hija, ella ya no es una niña y tiene derecho a salir con sus amigos y novio, siempre y cuando me demuestre que es una persona responsable".

Mientras se continuaba trabajando en la reestructuración de creencias y se empezaban a cumplir los compromisos entre ella y su hija, se trabajó en la activación conductual con el fin de que la paciente lograra realizar actividades que incrementaran su sensación de bienestar y contrarrestaran sus sentimientos de desesperanza. La paciente retomó su pasión por la cocina y emprendió una idea de negocio de repostería que le permitió dedicar menor tiempo a sus preocupaciones y obtener mayores ingresos para sostener los estudios de su hija, así como colaborar económicamente a su madre.

Otra de las situaciones que preocupaba a la paciente era la relación afectiva que mantenía. Para encontrar una solución a esta situación, se hizo uso de la técnica de resolución de problemas y, finalmente, la paciente tomó la decisión de finalizar este vínculo. A pesar de la labilidad afectiva que la consultante experimentó tras esta ruptura, la paciente logró controlar su sintomatología depresiva, gracias a la medicación y a la psicoterapia.

En la siguiente fase del tratamiento se reestructuraron creencias centrales e intermedias a partir del uso de técnicas como el diálogo socrático, la flecha descendente, el continuum cognitivo, experimentos conductuales, listados de afirmaciones personales, técnicas de relajación (relajación progresiva de Jacobson) y de resignificación de experiencias tempranas.

La paciente tuvo una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y se trabajó en la reestructuración de sus creencias centrales ("soy defectuosa"; "nadie podrá amarme"), lo cual permitió que fortaleciera su sentimiento de valía propia y mejorará su autoconcepto. "Creo que estoy empezando a darme cuenta de que sí hay muchas personas que me aman. El hecho de que en mi niñez y adolescencia nunca percibí que alguien se interesará por mí, no quiere decir que ahora sea igual o que yo sea defectuosa".

Intervenciones / Procedimientos

Se ayudó a la paciente a darse cuenta de que su atención selectiva en aspectos negativos y las comparaciones que ella establece, son disfuncionales. Se le enseñó a formular comparaciones más funcionales y a mantener una afirmación personal. “En vez de estar encerrada en mi cuarto trato de visitar más a mi madre, me estoy preocupando por alimentarme bien, concilio el sueño con más facilidad, acepte tomar la medicación y lo estoy haciendo con la constancia que se necesita, es importante que reconozca las cosas buenas que estoy haciendo”.

También se enseñó a la paciente a identificar que algunas de sus conclusiones negativas y excesivamente generales eran incorrectas. Se hizo énfasis en aquellos pensamientos que en el momento le generaban mayor disfuncionalidad. “Quizás si yo dejo mis juicios de valor y confié más en ella podríamos tener una mejor relación, porque ella confiaría más en mí”.

Con el fin de encontrar alternativas eficaces para solucionar la situación conflictiva con su hija, se empleó la técnica de solución de problemas. Se pidió a la paciente que confeccionara una lista de posibles soluciones, valorando las ventajas y desventajas de cada una de ellas, para luego escoger alguna y ponerla en práctica.

Para fortalecer las habilidades sociales y reestructurar las creencias de defectuosidad e inamabilidad, se llevaron a cabo varios experimentos conductuales para poner a prueba sus supuestos: “no sé desenvolverme en situaciones sociales”; “soy inadecuada”; “a la gente sólo le importan las apariencias, y yo para eso no sirvo”. Teniendo en cuenta que la consultante estaba realizando pedidos para reuniones sociales de familiares y allegados, se le pidió que participara en este tipo de eventos. Inicialmente, la paciente se mostró en desacuerdo, pero luego aceptó la propuesta. Por cada reunión que la paciente asistía, completaba un autorregistro y se evaluaban en consulta aquellos pensamientos que impedían su adecuado desenvolvimiento social. El resultado de estos experimentos fue una reducción de la evitación social y la adopción de estrategias de comunicación asertiva.

Para modificar pensamientos automáticos y creencias que evidenciaban un pensamiento polarizado (los cuales mantenían los estándares de perfeccionismo), se empleó la técnica del continuum cognitivo, con el fin de que la paciente reconociera la existencia de puntos intermedios. “Quizás a veces pienso que soy un fracaso porque ha sido complicado cambiar mi visión de las cosas, pero sólo estoy aprendiendo a manejar esta situación, nunca había tenido

una hija adolescente y es normal que sienta que no sé cómo actuar con ella”.

En las cuatro sesiones conjuntas que se realizaron con su hija, se delimitaron compromisos que les permitieron mejorar su relación.

Factores protectores

La consultante ha tenido muchos años de éxito en su vida profesional. En su papel como docente, sus alumnas mostraron una gran simpatía por ella y su labor fue reconocida por sus colegas. La lectura, el yoga y su dedicación a la cocina, le permitieron hacer frente a sus preocupaciones cada vez que se sentía abatida.

La consultante logró afianzar sus relaciones interpersonales, lo cual le permitió combatir sus sentimientos de soledad y su creencia de defectuosidad. “Jamás pensé que podría disfrutar de las reuniones sociales y mucho menos que los demás se interesarían por mí, eso me ayuda a sentirme mucho mejor”. La familia de la consultante, en especial su hermana mayor y su hija, fueron su fuente de apoyo: “ya sé que siempre puedo contar con ellas, siempre están pendientes de cualquier cosa que me suceda”

Hipótesis de trabajo

Debido a las circunstancias de su niñez es entendible que la consultante llegara a verse a sí misma como alguien defectuosa, que no merecía el amor y la aceptación de los demás, y que debía autoexigirse y mantener el control para evitar el abandono y las críticas. Ser hija de un padre rígido y exigente, de una madre emocionalmente distante y que siempre la culpabilizaba por los fracasos; haber sido el objeto de burla de sus compañeros en el colegio y el haber estado casada con un hombre crítico y despreocupado (a quien sentía que no amaba), sentaron las bases y reforzaron la visión negativa de sí misma.

Esta visión negativa se activaba generalmente en situaciones en las que percibía que no tenía el control y en las que podría haber un riesgo de abandono potencial. “Si mi hija se va de la casa para vivir con ese muchacho, yo no sabría qué hacer, mi vida ya no tendría sentido, sería un fracaso como mamá y volvería a sentir que soy un estorbo, que nadie se preocupa por quererme y mucho menos por lo que yo siento”.

De los esquemas nucleares, se establecieron supuestos rígidos como “debo tener el control sobre todas las situaciones de mi vida o los demás se darán cuenta de mi defectuosidad”; “si tengo el control, evitaré que las personas que amo se

vayan de mi lado o que suceda una catástrofe, sino lo hago, no podría soportarlo". Para operacionalizar los supuestos la paciente empleó estrategias compensatorias de exigencia, rigidez y control.

PLAN DE TRATAMIENTO

Lista de problemas

Psicológicos /psiquiátricos:

- Síntomas depresivos, especialmente tristeza, soledad, anhedonia y llanto.
- Estrés y ansiedad: temor de no ser capaz de tener el control en las situaciones que está atravesando.
- Sentimientos de minusvalía.
- Inadecuadas estrategias de solución de problemas.

Familiares:

- Frecuentes discusiones con su hija.
- Discusiones con su madre y hermana por el manejo inadecuado de la relación con su hija. "Me critican por ser tan severa y exigente".

De pareja:

- Relación de pareja con un hombre casado.

Económicos:

- Escasos ingresos económicos para sostener los gastos de la universidad de su hija, y para ayudar a con los gastos médicos de su madre.

Empleo del tiempo libre:

- No realiza ninguna actividad diferente a dormir o a visitar a su madre de manera ocasional. "Sólo me provoca estar en mi cuarto"; "cuando visito a mi mamá me siento mal porque sé que económicamente no la puedo ayudar mucho".

Médicos:

- Desde que aumentaron las discusiones con su hija, la migraña es más severa.

Objetivos terapéuticos

1. Reestructurar pensamientos distorsionados de catastrofización y necesidad de control.
2. Fortalecer estrategias de resolución de problemas y de toma de decisiones.
3. Fortalecer estrategias de autocontrol emocional.
4. Psicoeducar en estrategias para el manejo de la ansiedad y el estrés.
5. Aumentar el sentimiento de valía propia (modificar el esquema de defectuosidad).
6. Desarrollar habilidades sociales y de asertividad (buscando la mejoría de la relación con su hija, madre y hermana).
7. Adherencia al tratamiento terapéutico y psiquiátrico.
8. Incrementar la realización de actividades satisfactorias, para contrarrestar los síntomas depresivos.
9. Reestructuración de creencias centrales e intermedias.
10. Fortalecer estrategias de afrontamiento para evitar una recaída.

El plan de tratamiento estuvo dirigido a reducir la sintomatología depresiva que presentaba la paciente. Para dar consecución al plan terapéutico, inicialmente se realizó un proceso de psicoeducación y luego se identificaron y modificaron aquellas distorsiones que mantenían los síntomas depresivos. Al tiempo que se trabajó en la modificación de sus pensamientos automáticos, se enseñaron estrategias de solución de problemas y de asertividad. Además, se hizo especial énfasis en activación conductual, para que así lograra restablecer su nivel de funcionamiento anterior

En la siguiente fase de la intervención, se evaluaron los supuestos derivados del esquema nuclear y se fortalecieron habilidades sociales y de solución de problemas. Finalmente, se abordó la modificación de sus creencias centrales. Se enseñaron habilidades de autocontrol emocional y de manejo de la ansiedad y el estrés.

Se hizo especial énfasis en la adherencia al tratamiento farmacológico y en la reestructuración de sus creencias centrales (“soy defectuosa”; “nadie podrá

amarme”), lo cual permitió incrementar su sentimiento de valía propia y la mejoría en su autoconcepto.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tanto el DSM-5 (APA, 2013) como la CIE-10 (OMS, 1992) determinan que el diagnóstico del TA está enmarcado en la evaluación de ciertas variables: forma, contenido, gravedad de los síntomas, antecedentes, factores personales protectores y de riesgo, y sucesos o situaciones de la vida cotidiana. A pesar de los esfuerzos por especificar sus criterios, la práctica clínica y distintas investigaciones han puesto de manifiesto la existencia de dificultades importantes a la hora de establecer este tipo de diagnóstico clínico.

A pesar de esta dificultad, en este estudio de caso se estableció con facilidad el diagnóstico de TA, dadas las circunstancias estresantes, la reacción emocional y la duración de los síntomas que manifestaba la paciente en su motivo inicial de la consulta.

Ahora bien, en lo que respecta a los modelos de intervención para este tipo de trastornos, la literatura científica insiste en que el tratamiento de los TA, debe basarse fundamentalmente en aquellas estrategias psicoterapéuticas que faciliten una reducción de la valoración de la amenaza, así como de la intensidad de los estresores, potenciando así un afrontamiento adecuado de la situación estresante (la cual no puede reducirse o eliminarse) y estableciendo un sistema de apoyo para lograr la mayor adaptación posible (Herrero y Cano, 2010, Quero, et al., 2017; Vallejo y Pérez; 2018; Sanz, 2016).

El presente estudio de caso, permite observar que los resultados obtenidos son acordes con los esperados por Beck (2000), ya que tras 16 sesiones de tratamiento guiadas por un modelo teórico de tipo cognitivo-conductual, con apoyo empírico y técnicas basadas en la evidencia científica, la paciente adquirió progresivamente estrategias de afrontamiento que le permitieron reestructurar sus pensamientos negativos y creencias disfuncionales, así como disminuir su sintomatología depresiva y afrontar con éxito la relación problemática que presentaba con su hija.

Se logró que la paciente adquiriera habilidades sociales y de comunicación asertiva, lo cual le condujo a sentirse más satisfecha y a disfrutar de la interacción con los demás. A través del entrenamiento realizado en la solución de problemas y en la toma de decisiones, la paciente consiguió abandonar una relación afectiva que

incrementaba su sintomatología depresiva y sus frecuentes sentimientos de culpa. Además, consiguió un trabajo que le permitió sentirse más satisfecha consigo misma, al tiempo que incrementaba sus ingresos económicos (esto le permitió reducir su constante preocupación por no poder aportarle económicamente a su madre y por no tener dinero para apoyar a su hija en sus estudios).

Los resultados obtenidos con este plan de intervención constatan la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual, basado en el modelo teórico propuesto por Beck (2000) y los modelos de diátesis-estrés de Lazarus y Folkman (1986), para intervenir los TA. Lo anterior es contrastable a través de los resultados obtenidos en las medidas de evaluación empleadas a lo largo de la terapia (autorregistros, inventarios de evaluación del estado de ánimo -IBT, BHS, BDI-, diligenciamiento de formularios, informes sobre la terapia) y de los cambios cognitivos y conductuales presentados por la paciente.

Teniendo en cuenta lo hasta aquí mencionado, se considera que el presente estudio de caso, coincide con los resultados que han señalado distintos estudios (Herrero y Cano, 2010; Sanz, 2016; Quero, et al., 2017; López, 2014; Domínguez, 2017) al plantear que los tratamientos cognitivo-conductuales son una guía eficaz para el abordaje de los TA, puesto que se ha puesto de manifiesto su pertinencia en el momento de mejorar la situación clínica del paciente y de dotarle de las herramientas necesarias para afrontar eficazmente sus problemas o dificultades. Lo anterior, permitió comprobar que éste estudio de caso logró explicarse a partir de los elementos del modelo cognitivo, y que las estrategias y técnicas cognitivo-conductuales fueron efectivas en la intervención del trastorno.

Así mismo, fue posible determinar que las percepciones de impredecibilidad y falta de control, junto con otros errores en el procesamiento de la información (especialmente: catastrofización, etiquetación, deberías, abstracción selectiva y razonamiento emocional) eran claves en la aparición de emociones negativas (en este caso de un estado de ánimo deprimido) y en la adopción de estrategias disfuncionales para hacer frente a la situación estresante (exigencia, rigidez y control), lo cual pone en evidencia que los TA pueden ser explicados por modelos de diátesis-estrés.

De igual forma, se pudo evidenciar que la intervención temprana en la problemática de la paciente permitió que su sintomatología depresiva (que un momento inicial era severa), lograra disminuir a partir de la medicación y la psicoterapia, lo cual evito que el TA inicial, se convirtiera en un trastorno depresivo.

Es posible concluir que éste estudio de caso clínico, contribuye al desarrollo de un conocimiento base en el área de la intervención clínica de los TA, y ofrece una estructura de intervención que cuenta con elementos metodológicos y conceptuales que podrían ser de utilidad al psicólogo clínico interesado en evaluar e intervenir un TA, ya que los resultados obtenidos están en consonancia con los alcanzados en otros estudios sobre la eficacia del empleo de técnicas cognitivo-conductuales en la intervención de distintos desordenes clínicos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM -5*. APA.
- Andreu, M. (2011). Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado. *Universidad Jaume I*. (Tesis doctoral)
- Beck, A.T. y Dozois, D.J.A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Descleé de Brouwer
- Domínguez-Rodríguez, I.; Prieto-Cabras, V. y Barraca-Mairal, J. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *Clínica y salud*, 139-146. Doi.10.1016/j.clysa.2017.05.003
- Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M., & Bromley, D. B. (2004). Developing evidence-based practice: the role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 589-597.
- Herrero, V. & Cano, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: Evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 6, 53-59.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Editorial Roca.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 20, 165-193.
- Martínez, L. M. (2017). Tratamiento psicológico grupal de sesión única para personas que sufren trastornos adaptativos. Programa y evaluación preliminar. *Apuntes de psicología*, 35, 131-140.
- Martínez, L. M. (2018). Atención de las personas que sufren trastornos adaptativos. Herramientas asistenciales para atención primaria y especializada de salud mental. *Revista Clínica contemporánea*, 9, 1-15. doi. 10.5093/cc2018a11
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación

- Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Meditor.
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Moragrega, I., Baños, R.M., Molés, M., Nebot, S., Botella, C. (2017). Un programa cognitivo-conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, (1),5-18.
- Rachyla, I. (2018). Desarrollo y validación de un programa de tratamiento online para los trastornos adaptativos. Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I (tesis doctoral)
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentación teórica y conceptualización del caso clínico*. Norma
- Rodríguez, C. M. (2018). Estudio de caso diagnosticado como desorden obsesivo compulsivo desde el análisis contingencial. *Pensando en psicología*, 14, (23), 2382-3984. doi: 10.16925/pe.v14i23.2268
- Sanz, J. M.; García, I.; Cuquerella, M. A.; Cano, I.; Jorda, E.; Blasco, J. y Carbajo, E. (2016). INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO ADAPTATIVO. *Behavioral Psychology*, 4, (3), 389-403
- Scandar, G. M. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, 14, (1), 69-84
- Vallejo-Sánchez, B, & Pérez-García, A. (2015). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anuales de Psicología*, 31(2),462-471
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A. M. (2018). Contribución del neuroticismo, rasgos patológicos de personalidad y afrontamiento en la predicción de la evolución clínica: estudio de seguimiento a los 5 años de una muestra de pacientes con trastorno adaptativo. *Clínica y Salud*, 29, 58-62. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a9>
- Zohn, M. T.; Gómez, G. E. y Enriquez, R. R. (2018). Los estudios de caso en psicoterapia desafíos y posibilidades. ITESO. Universidad Jesuita de Guadalajara.