



**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DISTIMIA CON
COMPONENTES DE ANSIEDAD DE EVALUACIÓN: ANÁLISIS DE UN CASO
CLÍNICO**

Cristina Carro de Francisco y Rubén Sanz Blasco
Universidad Complutense de Madrid

**COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION IN A CASE OF DYSTHYMIA WITH
COMPONENTS OF EVALUATION ANXIETY: A CLINICAL CASE**

Cristina Carro de Francisco y Rubén Sanz Blasco
Complutense University of Madrid

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Dr. Rubén Sanz Blasco
Cristina Carro de Francisco
Facultad de Psicología
Campus de Somosaguas, s/n.
28223. Pozuelo de Alarcón.
Madrid. España.
criscarro@cop.es



Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico

La distimia es un patrón crónico de alteración del comportamiento, que se caracteriza por presentar un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua y con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios. En el presente artículo exponemos el análisis de un caso clínico de una mujer de 33 años de edad, estudiante universitaria. El motivo de consulta que la paciente refiere cuando acude a tratamiento son sentimientos de tristeza, desesperanza, insatisfacción y desinterés generalizado por casi todo lo que le rodea asociados a un alto grado de ansiedad en situaciones de evaluación. En el presente trabajo se muestra el proceso de evaluación que se realizó, dirigido fundamentalmente a las conductas problema que presentaba la paciente, y como éste nos permitió llegar a un diagnóstico de F34.1 trastorno depresivo persistente (distimia) (300.4) según criterios DSM-V (APA, 2013). Basándonos en una orientación cognitivo-conductual, se presenta el proceso de intervención llevado a cabo así como los resultados de la evaluación pre y postratamiento, apuntando hacia unos resultados positivos a nivel cualitativo y cuantitativo.

Palabras clave: Distimia, ansiedad de evaluación, tratamiento cognitivo conductual, caso clínico.

Cognitive behavioral intervention in a case of dysthymia with components of evaluation anxiety: a clinical case

Dysthymia is characterized by a chronic alteration pattern of behavior, exhibited by a depressed mood for most of the days, for at least 2 years with other possible secondary symptoms. A clinical case analysis of a 33 years old woman university student is presented. The patient presents feelings of sadness, hopelessness, dissatisfaction and diminished interest or pleasure in most activities, associated with high level of evaluation anxiety. The evaluation process is presented, showing a diagnosis of F34.1 dysthymia (300.4) according to DSM-V (APA, 2013). From cognitive behavioral therapy (CBT) perspective, we present the intervention process, as well as the pre and post-treatment results, pointing to a positive qualitative and quantitative results.

Keywords: Dysthymia, evaluation anxiety, Cognitive Behavioral Therapy, clinical case.

Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico

INTRODUCCIÓN.

La distimia se define según DSM-V (APA, 2013) por un patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de los mismos y con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios.

Los datos de prevalencia vital media existentes para dicho trastorno, indican una frecuencia de alrededor del 3 por 100 y una tasa doble en las mujeres respecto de los hombres, 4,6 por 100 versus 2,6 por 100 en el estudio ESEMeD (Haro et al., 2006). A este respecto, el dato se ve apoyado por la revisión sistemática de datos epidemiológicos a nivel mundial de Charlson, Ferrari, Flaxman & Whiteford, (2013), donde la tasa de prevalencia es mayor en mujeres respecto a los hombres.

Según el estudio de Gili, Roca, Basu, McKee, & Stuckler (2012), los trastornos mentales que han registrado un mayor aumento en las consultas de Atención Primaria en España en los años comprendidos entre el 2006 y 2010 son los trastornos del estado de ánimo. En concreto, la distimia ha pasado de una prevalencia del 14,6% en 2006 al 25,1% en 2010, lo que implica un incremento del 10,8%.

Tres son los tratamientos psicológicos que tienen mostrada mayor eficacia en los trastornos afectivos: la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal. De todos ellos se puede decir que son tratamientos bien establecidos. Todos ellos consisten en un programa estructurado del orden de 12-16 sesiones, con algunas adicionales, y disponen de un manual de aplicación (incluyendo a veces un manual del paciente). Igualmente, todos son susceptibles de aplicación grupal, así como para el mantenimiento de los resultados terapéuticos obtenidos (Pérez Álvarez & García Montes, 2001).

Los resultados de estos protocolos de intervención han mostrado ser, como mínimo, igual de eficaces que la medicación antidepressiva, lo que está directamente más demostrado en la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal. Dicha eficacia de los tratamientos psicológicos se ha mostrado tanto en el tratamiento agudo, como en el mantenimiento de resultados (previniendo recidivas), e igualmente eficaces para las depresiones más graves (unipolares), incluyendo la depresión mayor recidivante, la distímica, la atípica y la depresión con ansiedad (Pérez Álvarez & García Montes, 2001).

Algunos meta-análisis han mostrado como la Terapia Cognitiva, al igual que la Terapia de Conducta, son más eficaces que la medicación en pacientes con depresión media o moderada (Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998).

En el presente artículo se muestra el proceso de evaluación e intervención terapéutica de una paciente con diagnóstico de distimia asociada a un alto grado de ansiedad en situaciones de evaluación.

MÉTODO

Identificación de la paciente

En el momento de acudir a consulta S., es una mujer de 33 años de edad, estudiante universitaria, soltera, sin hijos, y de nivel sociocultural medio-alto. La familia nuclear se compone de una hermana menor que ella y su padre. La relación entre los miembros de la familia en general resulta conflictiva. S., no mantiene contacto con su padre y la relación con su hermana se limita a llamadas telefónicas esporádicas.

Motivo de consulta

La paciente refiere sentimientos de tristeza, desesperanza, insatisfacción y desinterés generalizado por casi todo lo que le rodea. Demanda información acerca del funcionamiento de su problema, con especial preocupación acerca del escaso poder de concentración en el área académica. Su apariencia física y comportamiento general es adecuado. Se muestra colaboradora, motivada y con expectativas positivas ante el tratamiento psicológico.

Historia del problema

El problema se origina cuando la paciente tiene 16 años de edad. Según relata, todo se desencadenó en el instituto cuando tuvo que elegir entre el itinerario académico de ciencias o letras. La indecisión, según refiere, “le sobrepasó”. A raíz de este suceso, presenta déficits en la solución de problemas y en la toma de decisiones, inseguridad en sí misma y sentimientos de inferioridad. Transcurridos dos años desde este acontecimiento, fallece la madre de la paciente “*Con la muerte de mi madre fue la catástrofe total*”. Aparecen sentimientos de culpa y desamparo. S., recibe tratamiento psicológico con una duración de 6 meses con el objetivo de abordar el duelo tras el fallecimiento de su madre. En la actualidad la paciente presenta sentimientos de tristeza, desesperanza, insatisfacción y desinterés generalizado por casi todo lo que le rodea asociados a un alto grado de ansiedad en situaciones de evaluación. Asimismo, refiere presentar falta de energía y fatiga al combinar trabajo en horario nocturno y estudios universitarios en horario diurno, motivo por el cual la falta de asistencia a las clases se hace habitual. Se potencia además, un desajuste en los horarios rutinarios y un aumento en la desorganización vital de la paciente. Se produce un empeoramiento de la sintomatología depresiva y ansiosa en enero de 2014 con la llegada de los exámenes finales del primer cuatrimestre universitario.

Evaluación

La evaluación psicológica que se realizó permitió la elaboración de un modelo explicativo y un plan de tratamiento con objetivos terapéuticos concretos. La principal técnica empleada en dicho proceso fue una entrevista individual semiestructurada así como la auto-administración de un cuestionario biográfico. Éste último, tiene como objetivo profundizar en los aspectos más importantes de la vida de la paciente a través de una batería de preguntas a

desarrollar. Dicho cuestionario biográfico se utilizó como medio para conocer la historia de la paciente, para ahondar en los primeros datos obtenidos a través de la entrevista clínica, y para precisar el relato de algunas situaciones problemáticas concretas.

Atendiendo a la información recogida en el cuestionario biográfico, cabe destacar los siguientes datos: el interés real de S., por seguir un tratamiento psicológico para resolver sus problemas es alto. La paciente refiere que la naturaleza de su problema radica en “*confusión, desmotivación e insatisfacción*”. Finalmente, los síntomas más notables que en la actualidad se manifiestan son la dificultad de concentración, sentimientos de soledad, así como de inferioridad y tristeza.

Con el objetivo de contar con medidas pre y postratamiento se administraron las siguientes medidas de autoinforme:

1. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).

Instrumento que evalúa el nivel general de ansiedad del sujeto (rasgo de ansiedad), los tres sistemas de respuesta por separado (cognitivo, fisiológico y motor) y la ansiedad asociada a cuatro áreas situacionales o rasgos específicos: ansiedad de evaluación, interpersonal, fóbica y ante situaciones de la vida cotidiana. Construido partiendo de la integración del modelo multidimensional de la ansiedad (Endler, 1975) y el modelo de los tres sistemas de respuesta emocional (Lang, 1968), consta de 224 ítems con un formato SxR resultado de la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas. Incluye, además, una situación abierta para que pueda ser descrita por la persona evaluada. Posee una gran capacidad de discriminación entre grupos (población general, sujetos con trastornos psicofisiológicos, sujetos con trastornos de ansiedad), una alta fiabilidad test-retest y una elevada consistencia interna (Cano Vindel & Miguel Tobal, 1999).

La paciente obtiene una puntuación total que se sitúa en el centil 65 correspondiente a una ansiedad marcada. A nivel motor presenta un centil 80. Haciendo un análisis pormenorizado de las respuestas al cuestionario destacan las respuestas motoras en situaciones tales como *cuando piensa en experiencias recientes en las que se ha sentido ridícula, tímida, humillada, sola o rechazada* (S11), y *cuando piensa en su futuro o en dificultades y problemas futuros* (S16). En el sistema cognitivo de respuesta, las puntuaciones son moderadas-marcadas, presentando un centil de 68. Las puntuaciones descienden a un centil 40 en el sistema fisiológico.

Con respecto a los rasgos específicos que evalúa el ISRA, obtiene las siguientes puntuaciones: F-I (ansiedad ante situaciones de evaluación) presenta un nivel de ansiedad moderada-marcada (centil 55); en F-II (ansiedad ante situaciones interpersonales) se sitúa en una ansiedad moderada presentando un centil 40; en F-III (ansiedad ante situaciones fóbicas) obtiene un centil 20, correspondiente a una ansiedad mínima; en el último factor, F-IV (ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana) la paciente obtiene la puntuación más elevada, un centil de 91, lo que corresponde a la presencia de un nivel de ansiedad severo.

2. Examen Internacional de los Trastornos de las Personalidad (IPDE; López-Ibor Aliño, Pérez Urdániz, y Rubio Larrosa, 1996). Dirigido a población adulta y compuesto por 77

ítems con preguntas Verdadero/Falso, esta entrevista clínica semiestructurada tiene por objetivo evaluar los trastornos de personalidad según criterios DSM-IV.

La paciente marca puntuaciones con una tendencia leve hacia unos rasgos esquizoides, histriónicos y narcisistas.

3. Cuestionario Tridimensional de Depresión (CTD; Jiménez García, Miguel Tobal y Cano Vindel, 2003).

Inventario formado por 34 ítems que el sujeto debe evaluar en una escala de 0 a 4, donde 0 es casi nunca y 4 es casi siempre. El instrumento ofrece medidas en las siguientes subescalas: cognitiva, fisiológica, motora y una cuarta que hace referencia a la tendencia suicida, así como una puntuación total del nivel general de tristeza-depresión.

Atendiendo a los baremos de la población general del cuestionario, la paciente obtiene una puntuación total del nivel general de tristeza-depresión que se sitúa en un centil 85. En la subescala cognitiva, sus puntuaciones se sitúan en un centil 80. En la subescala fisiológica obtiene un centil de 80 ascendiendo sus puntuaciones a un centil 80 en la subescala motora. Por lo que respecta a la escala que indica la tendencia suicida S., obtiene un centil de 95.

Formulación del caso.

Con los datos recogidos en la entrevista individual semiestructurada, el cuestionario biográfico y los instrumentos de evaluación empleados, se elaboró el modelo explicativo de las conductas problema del caso, que de forma esquemática presentamos en la Figura 1.

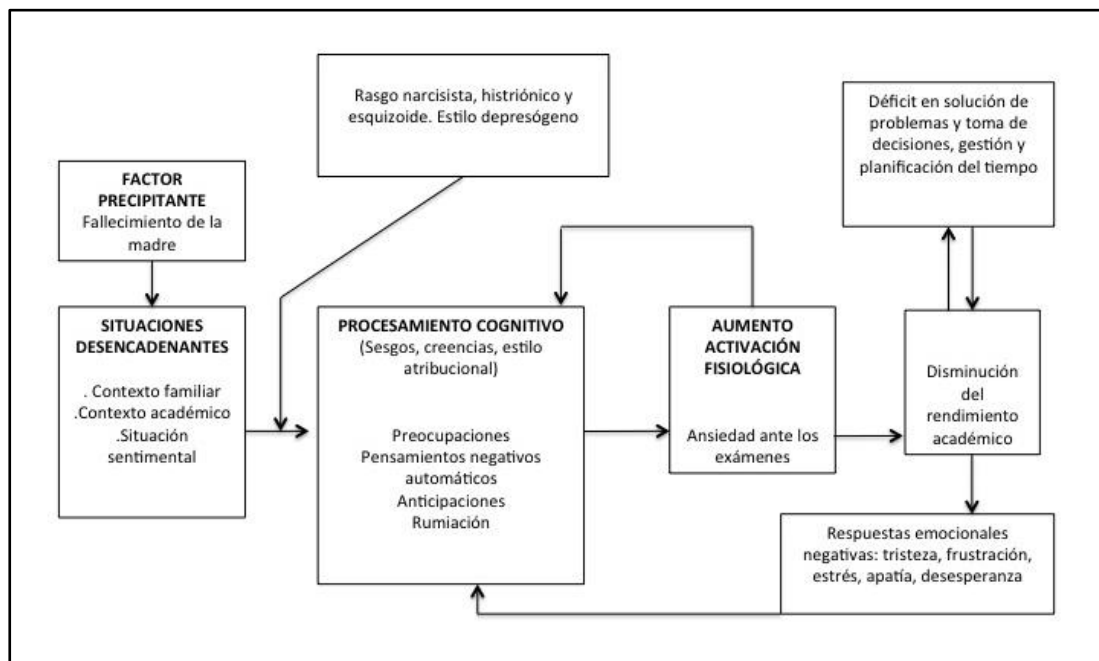


Figura 1. Formulación del caso.

Conductas problema

Se presentan a continuación las conductas problema que presentaba la paciente en el momento de acudir a consulta:

- Estado de ánimo negativo. (Tristeza, desesperanza).
- Desinterés generalizado por casi todo lo que le rodea. (Apatía).
- Estilo de afrontamiento desorganizado.
- Ansiedad en situaciones de evaluación.
- Síntomas de ansiedad durante el estudio.
- Frustración ante los estudios
- Métodos inadecuados de estudio.
- Escasa planificación y organización del tiempo.
- Déficit en solución de problemas y toma de decisiones.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

S., cumple los siguientes criterios diagnósticos:

A. Presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

B. Presencia, mientras está deprimida, de los siguientes síntomas:

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

C. Durante el período de 2 años de la alteración, la paciente no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

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

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

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

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

Así, se determina la presencia de un diagnóstico, según criterios DSM-IV-TR (APA, 2002), de F34.1 trastorno distímico [300.4]; que corresponde al actual F34.1 trastorno depresivo persistente (distimia) [300.4] según criterios DSM-V (APA, 2013). Teniendo en cuenta el óptimo desarrollo en las diferentes áreas de la vida de la paciente así como la ausencia de cualquier otra sintomatología comórbida, no podemos determinar la presencia de ningún otro trastorno mental en el resto de los ejes de la evaluación multiaxial.

TRATAMIENTO

Objetivos del tratamiento

El objetivo general y los objetivos específicos de la intervención terapéutica que se consensuaron con la paciente fueron los siguientes:

Como objetivo general se propuso mejorar el control emocional así como reducir la emocionalidad negativa corrigiendo ciertas estrategias de afrontamiento desadaptativas. Se muestra, en la Tabla 1., los objetivos específicos propuestos para lograr dicho objetivo general así como las técnicas seleccionadas para cada uno de los mismos:

Tabla 1.

Objetivos específicos	Técnicas de Tratamiento	Sesiones
Evaluación clínica	Evaluación clínica y devolución de información	1,2 y 3
Dar información acerca del problema desde un punto de vista científico	Psico-educación y lecturas recomendadas	4 y 5
Reducir activación fisiológica	Técnicas de desactivación fisiológica (Entrenamiento en respiración abdominal y Relajación Muscular Progresiva de Jacobson)	6-10
Reducción del estrés	Pautas de reducción del estrés	6
Reestructurar estado de ánimo negativo y preocupaciones académicas (corregir creencias, sesgos, estilo atribucional). Así como reducir síntomas de ansiedad de evaluación	Reestructuración cognitiva	7-18
Mejorar autoestima	Técnicas Autoestima	14-16
Aprender a solucionar problemas y tomar decisiones de un modo adecuado	Entrenamiento en Solución de Problemas y toma de decisiones	17-18
Aprender a planificar y gestionar el tiempo de manera adecuada	Planificación y gestión del tiempo	19
Prevención de recaídas (repaso de las estrategias aprendidas) y evaluación post-tratamiento	Prevención de recaídas	20-21
Devolución de información	Devolución de información	22

Plan de tratamiento

Al tratarse de una paciente con una gran variedad de sintomatología mixta, el tratamiento se extendió a lo largo de 22 sesiones de una hora de duración con una periodicidad inicial semanal. Con el propósito de cumplir con los objetivos planteados se utilizaron las siguientes técnicas:

- Devolución de **información** a la paciente sobre el modelo explicativo del caso, definiendo las conductas problema y los objetivos de tratamiento planteados, así como las técnicas a utilizar.
- **Psico-educación.** Explicación científica sobre la naturaleza y el funcionamiento del problema con el objetivo que S., comprenda qué es la distimia, sus síntomas y la manera de manifestarse. Además, se le ofreció una explicación sobre qué es la ansiedad y, más concretamente, la ansiedad de evaluación así como el esquema de funcionamiento de la misma.
- **Entrenamiento en respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson (1938)** con el objetivo de reducir la activación fisiológica y hacer más accesible la consecución de los objetivos de índole cognitiva. En un inicio, se comenzó practicando la respiración abdominal, enseñando a la paciente a respirar de un modo diafragmático. Esta técnica mostró unos resultados moderados en la paciente, generándose ansiedad inducida por relajación, refiriendo una sensación de malestar estomacal cada vez que realizaba su práctica. Se decidió, en beneficio de la paciente, retirar la técnica para continuar a lo largo de las sesiones siguientes con la técnica de relajación muscular progresiva en la versión abreviada de cuatro grupos musculares siendo éstos: fase 1. relajación de brazos; fase 2. del área facial, nuca, hombros y espalda; fase 3. pecho, estómago y vientre; y fase 4. caderas, muslos y pantorrillas, seguida de una relajación completa de todo el cuerpo.

Mediante la relajación se le enseñó a la paciente a centrar su atención en las sensaciones de tensión y distensión de los cuatro grupos musculares con el objetivo de alcanzar una desactivación fisiológica. Dicha técnica resultó útil y beneficiosa a la paciente.

- **Reestructuración cognitiva.** Enseñar la relación entre pensamiento-emoción-conducta para que, a continuación, la persona logre identificar los procesos cognitivos desajustados, sustituyéndolos por pensamientos alternativos más adaptativos. En este caso en particular, las técnicas se enfocan en reestructurar esencialmente las preocupaciones académicas, así como a corregir creencias irracionales, sesgos cognitivos y el estilo atribucional, produciéndose así cambios en las emociones y la conducta de la paciente. Tras enseñar a la paciente a identificar los errores de pensamiento que cometía, se le entregaba a la paciente, como tarea para casa, un auto-registro dónde debía anotar: situación, pensamiento, error de pensamiento cometido, emoción y pensamiento alternativo a dicho error.

En consulta, se procede a la revisión de dicha tarea y a la discusión de aquellos pensamientos y creencias irracionales o distorsiones cognitivas que se presentaban de manera más habitual. Para ello, se utilizan una serie de preguntas que hacen cuestionar a S., aspectos esenciales de dichas cogniciones como por ejemplo: *¿Qué evidencia y pruebas hay de ese pensamiento?; ¿Es un pensamiento cierto al 100%?; ¿Eso es así para todo el mundo?; ¿Qué evidencia o pruebas tengo en contra de mi pensamiento?; ¿En qué ocasiones el pensamiento ha mostrado no ser cierto?; ¿Qué ventajas tiene mi modo de pensar?; ¿Consigo algo pensando así?; ¿Me ayuda a solucionar mis*

problemas y a sentirme mejor pensar así?; ¿Hay otra forma de ver e interpretar las cosas?



De este modo, el proceso de reestructuración seguía con la búsqueda de pensamientos alternativos más adaptativos que la condujeran finalmente a reevaluar el pensamiento.

Presentamos, en la Figura 2 una muestra de auto-registro, en el que se recoge un ejemplo de los pensamientos negativos que presentaba la paciente.

Situación Describir el acontecimiento	Pensamiento negativo ¿Qué estoy pensando?	Emoción Tipo de emoción (alegría, tristeza, culpa...)	Error de pensamiento ¿Estoy cometiendo algún error de pensamiento?	Pensamiento alternativo Pensamiento más adaptativo ¿Puedo pensar de otro modo?
<i>En casa estudiando para un examen</i>	<i>“No voy a aprobar”; “Soy una inútil, no valgo para nada”</i>	<i>Ansiedad Tristeza Culpa</i>	<i>Anticipación Dramatización</i>	<i>¿Quién dice que no voy a aprobar? He estado estudiando mucho, iré bien, voy a por todas. Yo puedo.</i>
<i>Estudiando en la biblioteca de la facultad</i>	<i>“En el examen me voy a bloquear, me voy a quedar en blanco”; “Soy una inútil”</i>	<i>Ansiedad Rabia Culpa</i>	<i>Anticipación Generalización Dramatización Pensamiento polarizado</i>	<i>“No me voy a bloquear, he estudiado. De nada sirve anticiparme. El examen irá bien”.</i>
<i>En casa pienso en Javier y Ana juntos</i>	<i>“Debería darme cuenta de una vez” “Soy una idiota”</i>	<i>Tristeza Rabia Culpa</i>	<i>Dramatización Pensamiento polarizado Debería</i>	<i>“Todos cometemos errores. No soy ninguna idiota”</i>

Figura 2. Auto-registro de pensamientos negativos

Cabe mencionar, que debido al grado de desorganización que presentaba, la paciente manifestó dificultad en la realización de las tareas para casa. De este modo, para lograr que se asumiera un orden en la consecución de las tareas propuestas en consulta, tuvo un papel esencial la modificación de atribuciones de causalidad con respecto a sus logros y fracasos, la modificación de creencias a través del diálogo socrático y la discusión emotiva.

- **Entrenamiento en Solución de Problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971).** Explicación de la importancia que tienen las emociones en la solución de problemas y de la relación existente entre la tristeza, la ansiedad y un estilo de afrontamiento desadaptativo, basado en la rumiación y en la preocupación y no en la toma de decisiones o solución de problemas. De este modo, se pretende explicar a la paciente las cinco fases de la técnica: orientación hacia el problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, ejecución y verificación.

Se puso en práctica la técnica tomando como ejemplo el siguiente problema de la vida cotidiana de S: *¿Dejo el trabajo y me dedico plenamente a los estudios?.* En primer lugar, la paciente reconoce que tiene un problema que debe afrontar, y que se

trata de un problema específico. A continuación, se le planteó la siguiente pregunta: ¿Qué problema tienes? S., definió el problema del siguiente modo: “*No sé si dejar o no el trabajo para dedicarme a mi carrera universitaria a tiempo completo*”. A continuación, entre psicóloga y paciente se realizó una lista con todas las posibles soluciones al problema: p.ej.: *hablo con mi jefe, dejo el trabajo y me dedico a los estudios; no hablo con mi jefe y sigo trabajando y estudiando; sigo trabajando un par de meses y ahorro algo de dinero; dejo los estudios y trabajo, etc.* Seguidamente, se evaluó cada alternativa teniendo en cuenta los siguientes aspectos: *viabilidad* (¿es posible poner en marcha esta alternativa?), valorar las *consecuencias positivas y negativas* de cada una de las alternativas a corto, medio y largo plazo, *valores personales* (¿mis valores me permiten llevar a cabo esta alternativa?), *experiencias previas, conocimientos técnicos* (¿la elección de esta alternativa tiene los efectos que creo?), *pruebas y tanteos* (antes de poner en marcha una decisión compleja y que no tiene marcha atrás, es recomendable probar algunas otras de menor impacto), *verificación de alternativas* (comprobar si se pueden combinar alternativas con el fin de reducir el listado). Así, se llegó a la siguiente conclusión: la mejor alternativa era: “*hablo con mi jefe, dejo el trabajo y me dedico a los estudios*”. Se enseñó a S., a no volver atrás en el proceso de nuevo para no caer en la ansiedad, en la rumiación, etc., la decisión está tomada, para finalmente, ejecutar el plan de actuación. Se consensuó con la paciente que hablase con su jefe en el término máximo de una semana.

- **Técnicas de reducción del estrés.** Persigue enseñar a la paciente aquellas variables sobre las que las personas podemos incidir como son mantener una dieta equilibrada, descansar lo suficiente, realizar ejercicio físico moderado, planificar y organizar el tiempo, entre otras, para conseguir prevenir o reducir la ansiedad y el estrés.
- **Planificación y gestión del tiempo.** Técnica enfocada a que la paciente aprenda a planificar y a gestionar el tiempo de una manera adecuada. En primer lugar, mediante psico-educación se persigue enseñar a la paciente la importancia que tiene la organización del tiempo y de nuestras actividades, ya que es fundamental para poder descansar, no estar preocupados, no sufrir continuos sobresaltos, olvidos importantes, etc. En segundo lugar, y debido al grado de desorganización que S., presentaba, se instauró como pauta el uso diario de una agenda. En tercer lugar, se marcó un establecimiento de horarios rutinarios (p.ej.: horario de levantarse, clases, comidas, descansos, trabajo/ocio, hora de dormir). Además, se hizo especial hincapié en la importancia de no llegar tarde a las citas, contando con los pequeños retrasos habituales para estar a tiempo. Y por último se trabajó la priorización de actividades: la paciente debía comprender que hay que saber seleccionar actividades cuando no se puede hacer todo.
- **Pautas y hábitos de estudio.** Adquisición de hábitos de estudio adecuados. Dos eran los aspectos fundamentales sobre los que trabajar: por un lado, la falta de método de estudio, predominaba la cantidad de horas de estudio de la paciente sobre la calidad del tiempo dedicado. Y por otro, la falta de planificación. No sabía organizar el tiempo disponible, lo que se traducía, cuando se acercaban los exámenes, en la sensación de “*me ha pillado el toro*”. De este modo, la paciente debía aprender a planificar y gestionar el tiempo de una manera adecuada, siguiendo las siguientes recomendaciones:

- . Continúa con los hábitos que te han sido útiles o te han servido de apoyo hasta la fecha.
- . Elabora tu horario a través de una plantilla.
- . Incluye en tu horario tiempo para el descanso, hacer ejercicio físico y actividades de ocio.
- . Emplea tu agenda o un calendario para señalar las fechas de exámenes y entrega de trabajos.
- . Ubícate en el mejor lugar y momento del día para estudiar. Lo ideal es estudiar sin distracciones (nada de televisión, ruidos, etc.), en un lugar ordenado, bien aireado, con buena luz y con tus materiales.
- . Toma apuntes. No sólo con ir a clase es suficiente.
- . Revisa cada día tus apuntes de clase, te ayudará a comprender mejor los nuevos temas.
- . Prémiate y reconócete pequeños logros, de esta forma te animarás para lo que aún te queda por hacer.

En este caso en particular, además, debíamos hacer especial hincapié mejorar la actitud frente al estudio (motivación y autoestima).

- **Técnicas de Autoestima.** Enseñar qué es la autoestima y la importancia de la autovaloración así como que la paciente entienda que la baja autoestima está relacionada, en gran medida, con una distorsión del pensamiento. Se trabajó en los siguientes aspectos:
 - . *Convertir lo negativo en adaptativo:* pensando en términos realistas, invertir los pensamientos negativos por otros más adaptativos, p.ej.: tengo éxito cuando me lo propongo en lugar de no valgo para nada.
 - . *No generalizar:* no generalizar a raíz de aquellas experiencias negativas en ciertos ámbitos de la vida y aceptando el haber cometido errores en ciertos aspectos.
 - . *Centrarnos en lo positivo:* observación de los aspectos buenos que S., tiene y de los que puede sentirse orgullosa. Destacando que uno no puede sentirse orgulloso de lo que no hace.
 - . *Hacerse consciente de los logros o éxitos* que la paciente tuvo en el pasado e intentar tener nuevos éxitos en el futuro.
 - . *No compararse:* Todas las personas somos diferentes; todos tenemos cualidades positivas y negativas.
 - . *Confiar en nosotros mismos:* S., debía aprender a confiar en sus capacidades.
 - . *Aceptarnos a nosotros mismos:* aceptar que, con sus cualidades y defectos, es ante todo, una persona capaz y valiosa.
 - . *Esforzarnos para mejorar:* tratar de superarse en aquellos aspectos de nosotros mismos con los que no estemos satisfechos, cambiar esos aspectos que deseamos mejorar. Para ello, la paciente debe identificar qué es lo que le gustaría cambiar de ella misma o qué le gustaría lograr, luego establecer metas a conseguir y esforzarse por llevar a cabo dichos cambios.
 - . *Tener una visión equitativa entre las cosas positivas y negativas.,* debido a la tendencia en personas con baja autoestima a no valorar los aspectos positivos y centrarse en los negativos no como una oportunidad para aprender sino como una constatación de su incapacidad.

S., comprendió cómo las personas con baja autoestima tienen una visión muy distorsionada de lo que son realmente y como al mismo tiempo, mantienen unas exigencias extraordinariamente perfeccionistas sobre lo que deberían ser o lograr.

RESULTADOS

Realizada la intervención terapéutica y atendiendo a la evidencia científica actual, se apunta hacia unos resultados positivos de nivel moderado tanto a nivel cualitativo como cuantitativo de manera diferencial a lo largo de las manifestaciones emocionales estudiadas.

En primer lugar, si analizamos los resultados a nivel cuantitativo del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002), se puede observar una reducción en la totalidad de las escalas del instrumento, tanto en las que conforman el triple sistema de respuestas como en las áreas situacionales o rasgos específicos (ver figura 3).

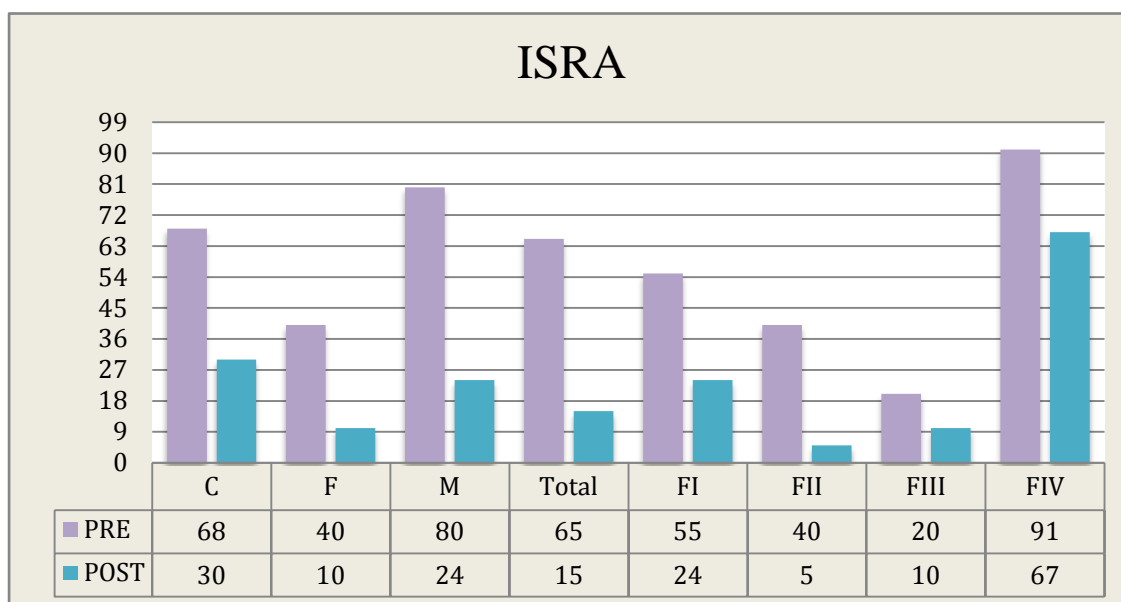


Figura 3. C=Cognitivo; F=Fisiológico; M=Motor; T=Total; F1= Ansiedad de evaluación; F2= Ansiedad interpersonal, F3= Ansiedad fóbica, F4= Ansiedad cotidiana.

En la actualidad, la paciente ha retomado la relación con su familia nuclear, produciéndose así una disminución de la sintomatología ansiosa y mejorando también su emocionalidad negativa.

En segundo lugar, si atendemos a la sintomatología depresiva que presentaba la paciente al inicio del proceso de intervención y realizando un análisis cuantitativo del Cuestionario Tridimensional de Depresión –CTD-(Jiménez García, Miguel Tobal y Cano Vindel, 2003)., la variable total del instrumento no presenta variación tras la intervención terapéutica. Realizando una análisis pormenorizado, se produce una leve reducción en las subescalas fisiológica y de tendencia suicida y por el contrario se puede observar un incremento en la subescala motora (ver figura 4).

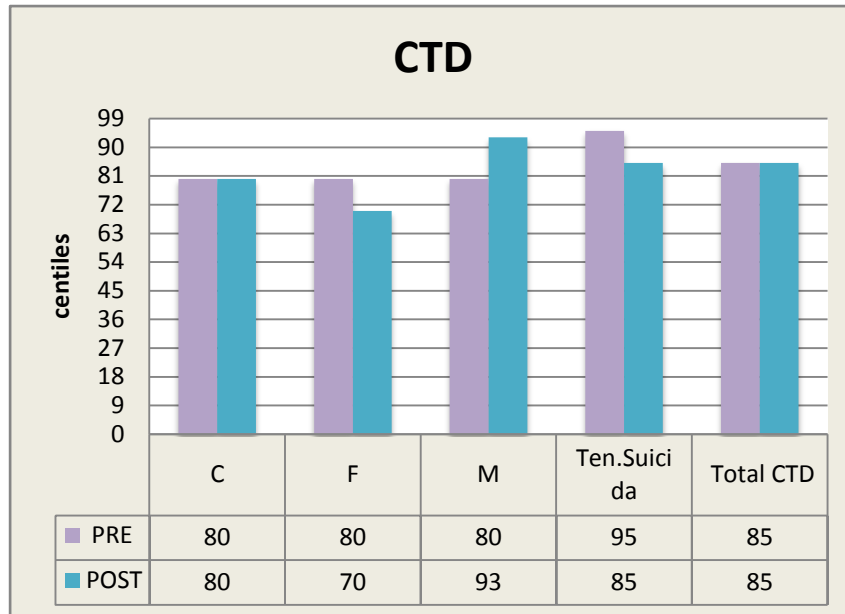


Figura 4. C=Cognitivo; F=Fisiológico; M=Motor; Ten. Suicida=Tendencia Suicida.

La subida en los síntomas motores del CTD se explican del siguiente modo: en este caso en particular, en lugar de incrementar actividades de ocio debíamos disminuirlas consiguiendo así que la paciente se organizara y retomara sus actividades cotidianas de responsabilidad (estudio y trabajo).

Tras la intervención, la paciente refiere una mejora en su calidad de vida al corregir ciertas estrategias de afrontamiento desadaptativas por otras más adecuadas, así como una disminución de las conductas problema. Además, S., mejoró su control emocional así como su capacidad para tomar decisiones y organizar su propia vida. Aunque los resultados a nivel cualitativo apuntan a una mejora mantenida en el tiempo, cabe señalar que debido a dificultades tales como los rasgos de personalidad de S., su labilidad afectiva, no presentarse a las citas o acudir a éstas tarde, la no realización de las tareas para casa, etc, se decidió actuar con prudencia en el alta terapéutica, manteniendo citas programadas mensualmente con el fin de controlar y consolidar los objetivos planteados.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En el presente artículo, se muestran unos resultados moderados tanto a nivel cualitativo como cuantitativo de manera diferencial a lo largo de las manifestaciones emocionales estudiadas con especial intensidad en los síntomas de ansiedad que se presentan comórbidos en la mayoría de trastornos afectivos.

Según el Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993), tres son los programas para la depresión que cuentan con suficiente apoyo empírico como para ser considerados tratamientos bien establecidos: la Terapia de Conducta (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985), la Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Sacco & Beck, 1995) y la Terapia Interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984).

Sin embargo, en este caso en particular, varias han sido las dificultades encontradas en el proceso terapéutico y que se han visto reflejadas en unos resultados moderados en el caso clínico presentado. De manera especial, la presencia de un alto grado de desorganización vital que presentaba así como la dificultad en la realización de las tareas encomendadas para casa, dificultaron, en un inicio, la adherencia al tratamiento psicológico y la posterior consecución de objetivos a unos niveles más satisfactorios. Asimismo, la labilidad afectiva presentada por S., potenciaba el no presentarse a las citas o acudir a éstas con retraso, acciones que obstaculizaron el curso normal del plan de tratamiento psicológico establecido.

Como en muchas ocasiones sucede, los diagnósticos diferenciales específicos para algunos casos en particular no se ajustan a los planes de tratamiento establecidos al presentarse de manera comórbida estructuras de personalidad y condiciones de vida que bloquean enormemente el proceso interventivo, produciéndose efectos que interfieren negativamente en la obtención de unos mejores resultados terapéuticos en las manifestaciones psicopatológicas presentadas.

Debemos mencionar también la presencia en este tipo de casos de una tendencia a la cronicidad. El trastorno suele aparecer con mayor frecuencia en las personas de mayor edad, aunque su inicio puede remontarse en muchos casos hasta la infancia, la adolescencia o el principio de la edad adulta. De manera habitual también se observa la superposición de un trastorno depresivo mayor sobre una distimia preexistente, teniendo estos casos un peor pronóstico, tanto en lo que respecta a la recuperación del problema, como la posibilidad de recaídas por parte de los sujetos (Carrobles, 2011).

Y para finalizar, mencionar que, debido con las limitaciones que ello conlleva, se debe ser prudente en la interpretación de los resultados que han sido expuestos, permitiéndonos un escaso poder de generalización hacia otros casos que compartan el mismo diagnóstico pero con diferencias en ciertas variables definitorias.

A modo de conclusión, queremos destacar la importancia de emplear aquellos tratamientos bien establecidos que han demostrado fehacientemente su eficacia terapéutica desde un punto de vista científico, con el objetivo de ofrecer a la población las soluciones más eficientes y efectivas para sus problemas psicológicos, y en este caso en particular, para la distimia.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Cano Vindel, A. & Miguel Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6 (1), 14-21.

- Carrobbles, J. A. (2011). Trastornos depresivos. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J.A. Carrobbles (dirs.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp.307-329). Madrid: Pirámide.
- Charlson, F.J., Ferrari, A.J., Flaxman, A.D., & Whiteford, H.A. (2013). The epidemiological modelling of dysthymia: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Affective Disorders*, 1 (151), 111-120.
- D' Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78, 107-126.
- Endler, N.S. (1975). A person-situation interaction model for anxiety. En Spielberger, C.A. & Sarason, I.G. (Eds.). *Stress and Anxiety (vol. 1)*. Hemisphere Publishing: Washington, D.C., 145-164.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23 (1), 103-108.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., & el Grupo ESEMeD -España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados : resultados del estudio ESEMeD -España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jiménez García, G.L., Miguel Tobal, J.J., & Cano Vindel, A. R. (2003). Cuestionario Tridimensional de Depresión (CTD). *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 17-34.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. s. c.: Basic Books.
- Lang, R J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy (Vol. 3)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 352 375). Nueva York: Guilford.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss & R. Bootzin, (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando: Academic Press
- López-Ibor, J.J., Pérez, A., & Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Módulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.
- Miguel Tobal, J.J. & Cano Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA): Manual*. Madrid: TEA.
- Pérez Álvarez, M. & García Montes, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493-510.
- Sacco, W.P. & Beck, A.T. (1995). Theory and cognitive therapy. In Beckham, E.E. & Leber, W.R. (eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford Press
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). *A report adapted by the APA Division 12 Board*. Washington: APA, 1-17.